XXVIIIh

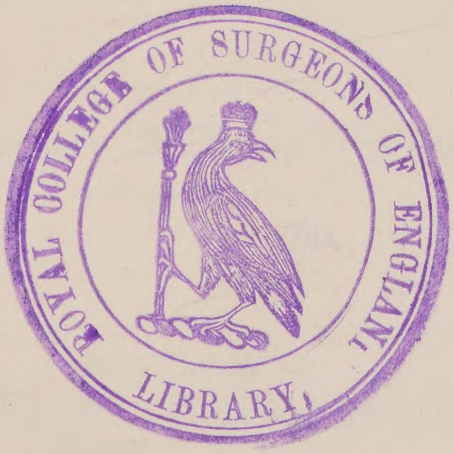
Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7392id1398934

ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA



ANNALI

DI

OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DIRETTI DAL **Prof. DOMENICO CHIARA** (FIRENZE)

CON LA COLLABORAZIONE DEI SIGNORI:

Prof. **C. Belluzzi** (Bologna)
Dott. **L. Bergesio** lib. doc. (Torino)
Prof. **G. Calderini** (Parma)
Prof. **L. Cazzani** (Cagliari)
Prof. **G. Chiarleoni** (Vercelli)
Dott. **G. Cosentino** lib. doc. (Palermo)
Prof. **E. F. Fabbri** (Modena)
Dott. **E. Fasola** lib. doc. (Firenze)
Dott. **G. Inverardi** Torino)
Dott. **F. Lessona** (Torino)
Prof. **C. Liebman** (Trieste)
Prof. **G. Madruzza** (Perugia)
Prof. **L. Mangiagalli** (Catania)
Dott. **O. Marchionneschi** (Pisa)
Prof. **C. Minati** (Pisa)
Prof. **O. Morisani** (Napoli)
Prof. **P. Negri** (Novara)
Prof. **E. Pasquali** (Roma)
Prof. **D. Tibone** (Torino)
Prof. **G. Valtorta** (Venezia)
Dott. **M. Vercelli** (Saluggia)
Prof. **E. Welponer** (Trieste)

E REDATTI

dal Prof. **PAOLO NEGRI** (Novara)

E

Dott. **EMILIO FASOLA**
Aiuto-Professore nel R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze.

SEGRETARIO DELLA REDAZIONE
Dott. GIULIO KIRCH
Assistente nell'Istituto predetto.

Anno VI — 1884

MILANO
TIPOGRAFIA DI PIETRO AGNELLI
Via Pietro Verri, 16.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

INDICE

Memorie originali.

1. Mangiagalli L. — Le più recenti modificazioni del taglio cesareo, (*Cont. e fine*, V. N. 11-12 Anno 1883 e N. 1 e 2-3, Anno 1884). . *Pag.* 1-137
2. Negri P. — Contributo alla cura chirurgica dei tumori solidi dell'utero e cistici delle ovaia . » 36
3. Bompiani A. — R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Roma. — Bollettino trimestrale (N. 2, Anno scolastico 1882-83) . . . . . » 51
4. Martinetti A. — R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze — Un altro caso di sclerosi sifilitica del segmento inferiore dell'utero come causa di distocia; scarlatina regolare in puerperio . . . . . » 89
5. Frascani V. — Corrispondenza scientifica da Parigi — Sopra un caso di placenta bilobata previa . . . . . » 94
6. Vercelli M. — Rivista Ginecologica Americana » 97
7. Negri P. — Differenti effetti delle emorragie accidentali dell' utero nel corso della gravidanza, studiati in alcuni casi clinici . . . . » 125

8. Negri P. — Di una alterazione di prima formazione del canale genitale femminile (imene a forma di ponte) . . . . . *Pag.* 185
9. Fasola E. — Cenno storico della Ginecologia — Prolusione di un corso di ostetricia e ginecologia . , ... » 197
10. Namias M. — Casistica ostetrica . . . . . » 215
11. Inverardi G. — Il forcipe traente nell' asse — Tesi per la libera docenza in ostetricia, *Pag.* 229-261-329-465
12. Negri P. — Ancora del parto nelle primipare *Pag.* 253
13. Bompiani A. — Tre casi di fibroma dell' utero osservati in gravidanza, parto e puerperio . » 271
14. Namias M. — Su alcuni casi di sclerema dei neonati occorsi nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze . , ... » 282
15. Kirch G. — Alcune considerazioni sulla parametrite e sulla cellulite pelvica . . . . . » 367
16. Negri P. — La macerazione del feto studiata in relazione all'andamento del puerperio . . . » 392-651
17. Martinetti A. — Casistica di Ginecologia e Ostetricia . . . . . » 423
18. Valerani F. — Un caso di spina bifida guarita coll'allacciatura elastica . . . . . » 449
19. Fasola E. — Contributo allo studio dell'indurimento scleroso e dello scleroma sifilitico ai genitali femminei e dei loro rapporti colla gravidanza, col parto e col puerperio , . . » 482
20. Bompiani A. — Casistica ostetrico-medica — Ematocele retrouterino, morte - Stenosi della mitrale in gravida, morte . . . . . » 510
21. Martinetti A. — Caso di endometrite granulosa - Anemia grave per metrorragie - Cura locale — Citrato di ferro per iniezioni ipodermiche come ricostituente — Guarigione . . . . » 520

22. Tibone D. — Movimento clinico dell'anno scolastico 1883-84 (dal dì 21 ottobre 1883 alli 23 luglio 1884) nell'Istituto Ostetrico della Regia Università di Torino . . . . . *Pag.* 524
23. Caponotto A. — 21 casi di isterectomia totale eseguiti dal Prof. G. F. Novaro . . . . . » 577
24. Negri P. — Intorno ad alcune laparotomie . . » 611
25. Bruzzi A. — Prova sperimentale della migrazione esterna degli ovuli. Tesi di laurea . . » 623
26. Giglio G. — Alcune osservazioni cliniche sulla medicatura endo-uterina con il bicloruro di mercurio nella infezione puerperale . . . . » 629
27. R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze. - Rendiconto del 1° semestre 1884 . . . . » 639
28. Negri P. — Scuola Pareggiata di Ostetricia in Novara — Prospetto clinico per l'anno 1883-84 (novembre 1883-gennajo 1884) . . . . . » 641
29. Lessona F. — Istituto Ostetrico di Torino — Sull'uso del sublimato corrosivo nell'antisepsi ostetrica . . . . . » 662
30. Mangiagalli L. — Il parto per il fronte . . » 685
31. Martinetti A. — Casistica di Ginecologia e Ostetricia nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze — Caso di ovariotomia doppia per cistoma proliferante dell'ovario destro e degenerazione cistica del sinistro — Guarigione difficoltata per suppurazione della ferita addominale — Caso di retroversione di 3° grado con retroflessione — Riduzione spontanea — Guarigione . . . . . » 719
32. Thomas L. — Casistica Estera — Prolasso uterino irreduttibile — Ablazione del corpo dell'utero con la legatura elastica — Guarigione » 728

Traduzioni.

1. Doré. — Dell'influenza della temperatura sulla vita del feto e sull'andamento della gestazione; ricerche sperimentali fatte nel Laboratorio della Clinica Ostetrica di Parigi. Traduzione della signora *Emilia Bertocchi*, maestra nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze . *Pag.* 308-551
2. Kirch G. (Traduzione). — Della pressione dei femori e della sua influenza sulla forma della pelvi . . . . . » 433-702
3. Robert Barnes. — Sulle relative attribuzioni dei medici, dei chirurghi e degli ostetriei negli Ospedali di Londra (Lettera al Dott. Mundé di Nuova-York) . . . . . » 692

Rassegna.

1. Strumenti nuovi:
1.° Speculum vaginale del Dott. A. Bompiani . . . . . » 107
2.° Speculum vaginal a deux mouvements indépendents de M. Collin . . . . . » 107
3.° Basiotribe de M. le Docteur Tarnier . » 109
4.° Système d'une poignée rigide à attaches souples pour tirer le forceps suivants l'axe du bassin, par le Docteur J. Poullet . . » 110
2. Simon J. — Nuovo contributo (osservazione ed autopsia) allo studio della sclerosi cerebrale nei bambini . . . . . » 443
3. Marchionneschi O. — Inversione uterina post-partum . . . . . » 444

4. Giacomo di Lorenzo. — Sugli eritemi della prima infanzia e loro trattamento . . . . . *Pag.* 445
5. Rigaccini G. B. — Un caso di morte per calomelano in un lattante . . . . . » 446
6. Lawson Tait. — Cinque casi di gravidanza extrauterina operati al momento della rottura della cisti . . . . . » 570
7. Società Italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria: Circolari spedite ai Soci nell'agosto e settembre . . . . . » 573
8. Congresso Medico Internazionale di Copenaghen: Elenco delle comunicazioni e letture . . . » 575
9. Fasola. — Rassegna delle principali comunicazioni fatte al Congresso di Copenaghen (1884) (Sezione di Ostetricia e di Ginecologia) . . » 732

Notizie.

1. Promozione del Dott. Fasola . . . . . » 111
2. Operazione cesarea (metodo Porro) . . . . . » 195
3. Adunanza annuale della Società di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria . . . . . » 260
4. Notizie cliniche . . . . . » 325
5. Società Italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria . . . . . » 446
6. Due operate di laparotomia . . . . . » 640
7. Concorso per esame a quattro posti di Medico Chirurgo assistente nel R. Istituto di Studi superiori pratici e di perfezionamento di Firenze . . . . . » 640
8. Elenco dei collaboratori degli *Annali di Ostetricia, ecc.* . . . . . » 755

Bibliografia.

1. Archivio di Ortopedia . . . . . *Pag.* 193
2. Godson. — L'operazione di Porro . . . . . » 256
3. Hofmeister H. — Contributo alla casistica del bacino spinoso e della perforazione dello spazio del Douglas durante il parto . . . . . » 258
4. Gönner A. — Contributo alla terapia del carcinoma uterino complicato da gravidanza e durante il parto . . . . . » 259
5. Kleinwachter L. — Influenza della età sul parto nelle primipare . . . . . » 259
6. Martin A. — Un caso di operazione cesarea secondo Porro . . . . . » 260
10. Biblioteca degli Annali di Ostetricia . . . . » 744

Necrologie.

1. Giambattista Ercolani . . . . . » 112
2. Dépaul . . . . . » 121

---

1. Nomi dei Soci della Società Italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria dimenticati nel numero di dicembre (1883) . . . . . » 124
2. Errata-corrige . . . . . » 124-195
3. Libri pervenuti in dono al giornale . . . . . » 195-260-328

Volume VI. Gennaio 1884 N. 1.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

LE PIU' RECENTI MODIFICAZIONI DEL TAGLIO CESAREO

STUDIO STORICO-CRITICO

del Dott. **LUIGI MANGIAGALLI**

Professore di Ostetricia nella R. Università di Sassari

(Cont. V. N. 11-12, pag. 555).

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF E

CAPITOLO III.

Il taglio cesareo classico rinnovato.

Con questa denominazione intendo designare tutti quei processi operativi, che rievocati o proposti od esperiti in questi ultimi tempi, si propongono di migliorare la prognosi del taglio cesareo classico od antico che lo si voglia chiamare, inspirandosi al concetto fondamentale della conservazione del viscere. Gli uni aprono la via al prodotto del concepimento penetrando nel cavo peritoneale, gli altri si propongono di estrarre il feto senza ledere il peritoneo. Appartengono alla prima classe i processi di Cohnstein, di Frank, di Kehrer, di Sänger; alla seconda i processi compendiati col nome di gastro-elitrotomia o laparo-elitrotomia.

Processo di Cohnstein (1).

Questo processo si può così compendiare: *sgusciare l'utero integro dalla ferita addominale, praticare la incisione dell'utero lungo*

(1) Cohnstein. *Zur Sectio caesarea — Centralblatt f. Gynaek.*, N. 12, 1881.

la sua parete posteriore, applicare il drenaggio attraverso lo spazio di Douglas. Esso, a mente dell'autore, presenterebbe i seguenti vantaggi: di permettere l'emostasi durante l'atto operativo mediante la compressione dell'aorta: di avere maggiore probabilità di forti contrazioni dopo lo svuotamento dell'utero, essendo la parete posteriore più spessa e più ricca di elementi muscolari: di mantenere più avvicinati i margini della ferita uterina per la posizione dell'utero e per la pressione dei visceri che cade specialmente sulla parete posteriore: di favorire in modo speciale il deflusso dei liquidi per la vagina.

Tale processo non venne sinora, per quanto io mi sappia, messo in pratica.

Processo di Frank (1).

Diede occasione all'autore di esperirlo un caso in cui l'indicazione del taglio cesareo venne offerta da bruciature dell'intiera superficie del corpo.

Il 9 agosto 1881 venne trasportata all'ospedale di Colonia Caterina Keller, d'anni 31, perchè, appicatosi il fuoco alle sue vesti, aveva riportato scottature di 1° e 2° grado in tutto il corpo ma specialmente al capo ed al viso. Sulle prime aveva ancora completa coscienza e poteva rispondere a tutte le dimande: gravida per la prima volta aveva avuto l'ultima mestruazione alla metà del dicembre 1880. L'addome ricoperto da lembi gangrenosi era espanso fortemente. Il fondo uterino arrivava a due dita al disopra del bellico, il battito fetale era regolare a 150°. La paziente non aveva evidentemente che poche ore da vivere ed importava salvare il bambino ancora vivo. La liberazione per le vie naturali era impossibile poichè il canale cervicale era impermeabile e non eranvi contrazioni: attendere e praticare il taglio cesareo dopo la morte della madre pareva all'autore un peccato di trascuranza e poichè il battito fetale si andava facendo sempre più debole, procedette all'atto operativo nel seguente modo:

Pulita la superficie addominale con etere ed acqua fenicata al 5 % ed irrigata la vagina con questa stessa soluzione, praticò il taglio sulla linea alba dal bellico al pube. L'utero venne sgusciato integro e, prima della sua incisione, si riunì al di dietro di esso la ferita addo-

---

(1) Frank. *Beitrag zur Lehre von der Sectio caesarea.* — *Centralblatt für Gynaek*, N. 25, 1881.

Idem. *Nachtrag*, ibidem, N. 2, 1882.

minale onde impedire il prolasso delle anse intestinali. L'incisione uterina venne incominciata profondamente quasi alla base della escavazione vescico-uterina e prolungata fino alla metà del corpo sulla linea mediana. Il bambino venne estratto vivo, fu facile la estrazione degli annessi. L'utero si contrasse facilmente e la sua superficie interna e quella dell'intiero canale genitale fu lavata con una soluzione di acido fenico al 5 per cento, indi venne passato per esso un tubo di drenaggio dello spessore del pollice che si spingeva in basso fino all'introito della vagina, in alto fino all'angolo inferiore della ferita: siccome però esso non veniva a trovarsi al punto più profondo della escavazione, il laqueare anteriore venne trapassato, rasente alla cervice, da un tubo più sottile, il cui estremo inferiore venne condotto in vagina e l'estremo superiore all'angolo inferiore della ferita addominale. La ferita uterina venne chiusa al disopra del drenaggio con quattro punti profondi di sutura con forte catgut. Volendo poi formare attorno ad essa una sacca appartata dal rimanente della cavità peritoneale, entrambi i legamenti rotondi al disopra della ferita uterina vennero cuciti insieme con seta di Czerny e la sutura venne proseguita all'imbasso finchè fu possibile senza indurre tensione. L'utero veniva così a trovarsi in forte antiflessione e lateralmente stavano i legamenti rotondi che nelle loro parti inferiori non riunite si trovavano così vicini al foglio parietale del peritoneo che riuscì facile congiungere quelli e questo mediante sutura senza cagionare tensione, ed il peritoneo parietale nella regione inguino-crurale è unito così lassamente ai tessuti soprastanti da poter seguire le trazioni dei legamenti larghi e rotondi. In tal modo erasi formato uno spazio perfettamente chiuso, separato dal cavo peritoneale, ed in questo spazio giaceva la ferita uterina. Essa aveva la forma di un padiglione coll''apice al fondo uterino colla base formata dalla escavazione vescico-uterina, le parti laterali essendo rappresentate dai legamenti larghi e rotondi e dal peritoneo parietale; ed in esso si aprivano e scorrevano tre tubi di drenaggio, uno utero-vaginale, uno preuterino, un terzo applicato lungo la ferita uterina fino all'apice del padiglione.

La donna morì dieci ore dopo in conseguenza delle scottature, non una goccia di sangue erasi versata nel cavo peritoneale e l'incapsulamento ed il drenaggio avevano funzionato a dovere.

Nei casi poi in cui la stessa causa che indica il taglio cesareo indica pure la esportazione dell'utero, come quando si tratti di tumori, l'autore procederebbe diversamente secondo che il tumore

è al fondo dell'utero, ovvero nella sua parte cervicale o insinuato nella piccola pelvi. Nella prima categoria di casi propone di fare l'amputazione sopravaginale dell' utero previa applicazione del laccio elastico per la emostasia preventiva, di stringere mediante forte sutura con filo di seta la ferita costituita dalla periferia del moncone, di far passare i fili in vagina procurando quindi l' inversione del moncone, operando perciò in modo analogo a quello proposto più tardi da Heusner. Due esperimenti su cagne riuscirono felicemente. Nella seconda categoria di casi propone di esportare l'utero in totalità praticando il drenaggio secondo le norme stabilite da Bardenheuer, che, come è noto, si comportò in tal modo in parecchi casi di fibromi dell' utero allo stato di vacuità.

Processo di Kehrer (1).

L'autore opina che nel taglio cesareo un metodo operativo razionale debba prefiggersi tre scopi:

1.° Trovare un punto in corrispondenza del quale i margini della ferita uterina abbiano minor tendenza a farsi beanti.

2.° Trovare un processo di sutura sicuro.

3.° Tenere lontana durante l' atto operativo ogni infezione delle ferite e del cavo addominale e consecutivamente portar via rapidamente gli essudati peritoneali ed i lochi mantenendo una accurata e rigorosa disinfezione.

Varrebbero a raggiungere rispettivamente questi tre scopi:

1.° Il taglio trasversale in corrispondenza della circonferenza anteriore dell'orificio uterino interno.

2.° La doppia sutura del muscolo e del peritoneo uterino.

3.° Un listerismo severo nell'operazione, il drenaggio del cavo addominale, l'irrigazione fors'anco il drenaggio del canale genitale nel puerperio.

Due volte ebbe l'autore occasione di esperire il processo da lui ideato, con lievi varianti.

1.° *Caso.* — IVpara, d'anni 26, osteomalacica. L'affezione erasi iniziata nella gravidanza antecedente terminatasi con parto spontaneo il 14 settembre 1877. L'indicazione del taglio cesareo nell'attuale gravidanza era assoluta e l' operazione fu praticata il 15 settembre 1881

---

(1) F. A. Kehrer. *Ueber ein modificirtes Verfahren beim Kaiserschnitte.* — *Archiv. f. Gynaek*, 1882, XIX Bd, 2 H.

alle 5 pom., mentre il travaglio si era iniziato il giorno innanzi alle 2 pom. colla rottura spontanea delle membrane. Le pareti addominali vennero incise sulla linea alba da tre dita al disotto del bellico fino al monte di Venere: l'apice della vescica s' insinuava come un sacco floscio nella ferita. Corretta la rotazione dell' utero, venne incisa la parete uterina anteriore un po' al disopra della saccoccia vescico-uterina dall'uno all'altro legamento rotondo. Alcuni vasi davano molto sangue, ma l' emorragia venne frenata colla compressione mediante spugne e col premere contro la testa sottoposta senza ricorrere a legature. Il bambino estratto asfittico venne rianimato. Si suturò dapprima la ferita uterina mediante sei legature profonde con seta fenicata che comprendevano anche la sierosa, indi incise questa tutt'all'ingìro della linea di riunione, all'esterno dei punti di passaggio dei fili, poi si scollò la sierosa per un ctm. circa dallo strato sottoposto, il che riuscì facilmente al margine inferiore per l'unione lassa del peritoneo col tessuto sottoposto, mentre al margine superiore, aderente alla mucosa restò lo strato più superficiale delle fibre muscolari, e le due striscie di sierosa così scollate vennero unite esattamente da dodici punti di sutura, ricoprendo così la ferita muscolare già unita. L'operazione durò un'ora. Il decorso fu regolare: la paziente lasciò il letto il 20 ottobre.

2º *Caso.* — IVpara, d'anni 30, pure osteomalacica. L'osteomalacia erasi iniziata alla 2ª gravidanza. Il 1º parto fu spontaneo, il 2º terminato col forcipe avendone un feto morto, il 3º fu spontaneo dopo tentativi infruttuosi di versione in presentazione di vertice. Il 13 novembre 1881 alle 3 ant. s'iniziò il travaglio collo scolo prematuro del liquido amniotico e riconosciuta la necessità del taglio cesareo venne fatta trasportare alla Clinica di Heidelberg ove giunse alle 7 pom. e l'operazione fu praticata alle 8 dello stesso giorno. Il polso era 104, la temperatura alquanto elevata, la bocca uterina dilatata a 5 ctm. L'incisione addominale venne praticata sulla linea alba dal bellico al monte di Venere. La parete uterina anteriore spessa 3 ctm. venne incisa trasversalmente dall'uno all'altro legamento rotondo un centimetro al disopra del fondo della escavazione vescico-uterina. Una grossa arteria che dava sangue venne legata. Il bambino fu estratto vivo. La muscolatura uterina venne riunita con 10 punti di sutura profonda, il peritoneo uterino, unitamente allo strato più superficiale della muscolatura rimasto aderente, venne unito con 25 punti di sutura: all'angolo sinistro della ferita si dovette legare una grossa vena

e applicare ancora alcuni punti ad un breve prolungamento della ferita peritoneale che erasi fatto obliquamente all'inbasso. L'operazione durò un'ora e mezza. Morte della donna 28 ore $^1/_2$ dopo.

Autopsia. — Nella superficie anteriore dell'utero al suo 3° inferiore ferita che comincia dal legamento rotondo di destra si spinge per 10 ctm. a sinistra e quindi si divide in due rami di 3 ctm. circa, uno superiore e l'altro inferiore, entrambi all'esterno. I margini della ferita sono aderenti; soltanto alla divisione accennata della ferita ad ipsilonne si trova un punto triangolare non rivestito da sierosa. La cavità uterina contiene pochi grumi: vista la ferita dall'interno di quella i margini si mostrano lievemente beanti soltanto fra due punti. Nel cavo addominale un quarto di litro di sierosità colorata da sangue.

Processo di Sänger (1).

Uno studio accurato della storia della sutura uterina ed una lunga preparazione indussero l'autore a formulare la dimanda perchè la sutura siero-sierosa, che aveva trovato sì larga applicazione nelle lesioni di organi a fibre muscolari liscie e rivestiti da peritoneo, non avesse trovato, riguardo all'utero gravido, che scarsi partigiani. Ed i più non consigliavano di affrontare superficie con superficie, ma si limitavano a consigliare un combaciamento esatto dei margini della ferita, proponendosi una riunione lineare. Il Sänger dopo aver fatto risultare l'importanza del rivestimento sieroso dell'utero e la parte notevole da esso avuta nei casi di guarigione spontanea della ferita cesarea non riunita mediante sutura, colse ed illustrò dottamente le analogie che la sutura dell'utero gravido presentava colla sutura dell'utero non

---

(1) M. Sänger. *Der Kaiserschnitt bei Uterus Fibromen nebst vergleichender Methodik der Sectio caesarea und der Porro Operation.* Leipzig, 1882.

Idem. *Zur Rehabilitirung des classischen Kaiserchnittes.* — *Archiv f. Gynaek,* 1882, XIX Bd. 3 H.

G. Leopold. *Ein Kaiserschnitt mit Uterusnaht nach Unterminirung der Serosa und Resection der Muscularis. Glücklicher Ausgang für Mutter und Kind.* — *Archiv f. Gynaek.*, 1882, XIX Bd., 3 H.

Sänger u Leopold. *Verhandlungen der gynaek. Section der* 55 *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Eisenach.* — *Archiv. f. Gynack,* 1882, XX Bd. 2 H.

Beumer. *Sectio caesarea. Vorderer mittlerer Medianschnitt. Uterusnaht nach Unterminirung der Serosa und Resection der Muscularis. Sänger'sche Methode der Uterusnaht.* — *Archiv f. Gynaek.,* XX Bd, 3 H.

gravido, dell'intestino, della vescica, ricercò ed espose le ragioni per cui non dovevano riuscire i metodi antecedenti di sutura uterina, paragonò i processi che si hanno attualmente per affrontare sierosa contro sierosa, quelli di Czerny, di Gussenbauer, di Wölfler, ecc., studiando la rigenerazione dell' utero puerperale avvertì la possibilità di una riunione primaria di *tutta* la ferita uterina e ideò quindi ed espose il suo piano operativo col quale si proponeva di opporre alla sepsi l'antisepsi, di dominare l'emorragia primaria e secondaria dalla ferita e dalla cavità uterina, di ostare alla peritonite provocata dal passaggio del sangue e dei lochi nel cavo addominale mediante un processo di sutura che si confacesse colle proprietà anatomiche e fisiologiche dell' utero e che assicurasse la riunione primaria della sua ferita. Io riassumerò detto piano operativo quale l' autore stesso espose alla Società dei Ginecologi Tedeschi tenutasi in Eisenach nel settembre 1882, dopo averne già fatto argomento di due suoi lavori.

La disinfezione prima e dopo l'atto operativo deve essere rigorosissima e fatta secondo le norme additate per la chirurgia addominale e tenuto calcolo delle condizioni anatomiche e topografiche del campo in cui si opera. Consiglia il drenaggio primario utero-vaginale; vorrebbe tralasciato ogni altro drenaggio attraverso lo spazio di Douglas, la plica peritoneale anteriore, le pareti addominali. L'emostasi durante l' incisione uterina può aversi mediante la compressione manuale del segmento inferiore, se l'utero è inciso in sede e se l'utero è sgusciato integro mediante compressione manuale o l'apposizione di *Klemmers* sui legamenti larghi, ovvero mediante l'applicazione del tubo elastico sul cono cervico-uterino. Dopo l' incisione l' eventuale emorragia da qualche seno uterino può essere domata mediante l' applicazione di pinze emostatiche che l'autore fece costruire in modo che non ingombrino il campo operativo. Estratto il feto, se l' utero non era stato sgusciato prima, lo si sguscia ora e si applica il tubo di gomma elastica se questo non era già stato applicato, ed avvicinate le pareti addominali, fra esse e la parete posteriore dell'utero interpone un pezzo di carta di caoutchouc. Il tubo di gomma non deve essere levato se non quando è stata ottenuta la contrazione uterina, che può essere favorita col massaggio, colla elettricità, col ghiaccio, col caldo, colle iniezioni ipodermiche di ergotina. Per sorvegliare l' utero dopo la chiusura delle pareti addominali mediante l' uso di cuscini di cotone o di juta posti

sulla parte superiore dell' addome si può spingere l'utero all'avanti in modo che venga tenuto compresso contro la parete addominale. La parte principale del metodo di Sänger consiste nel processo di sutura che comprende lo scollamento della sierosa in corrispondenza dei margini della ferita uterina, la resezione sottoperitoneale della tonaca muscolare in modo cuneiforme, colla base formata dalla sua superficie sierosa e coll'apice costituito da una striscia di decidua, la sutura totale muscolo sierosa della ferita uterina con esclusione della decidua e la sutura sinperitoneale di ricoprimento della prima affrontando superficie a superficie. Come materiale di sutura ritiene per più convenienti il filo d'argento e la seta fenicata. Il seguente schema tolto alla memoria di Leopold darà un'idea precisa del processo di sutura.

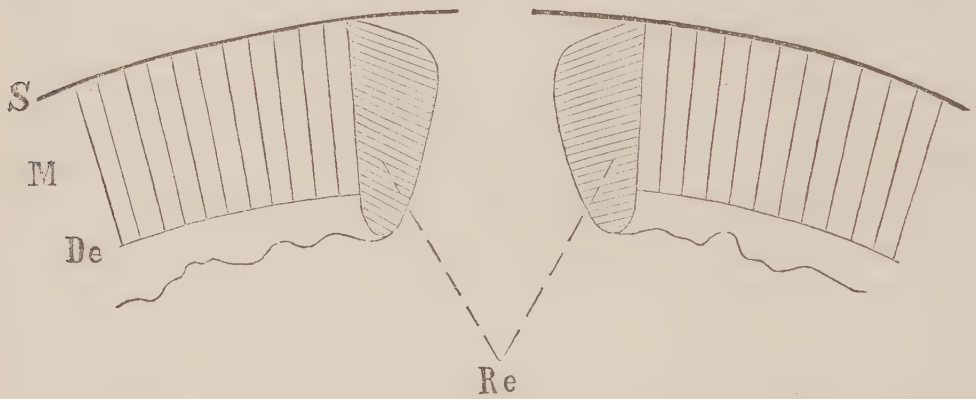


Fig. 1.

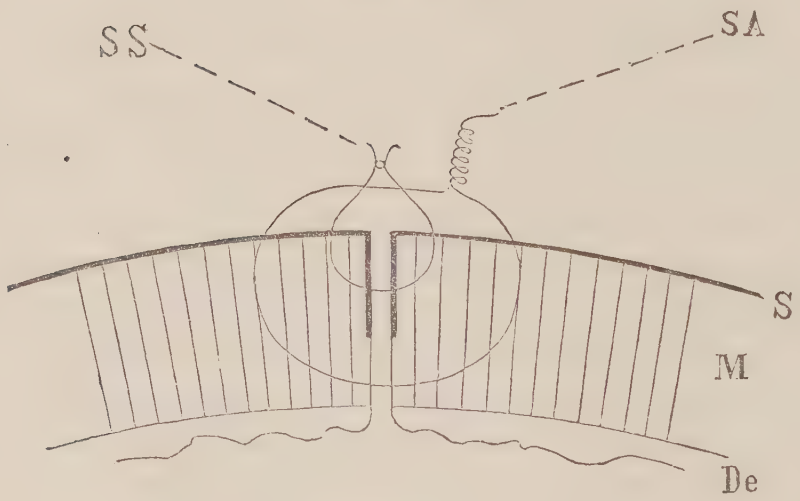


Fig. 2.

Fig. I. *S* sierosa — *M* muscolare — *De* decidua — *Re* pezzo da resecarsi.
Fig. 2. I lembi di sierosa figurano introflessi dopo la resezione dei due cunei di sostanza muscolare. — *Sa* punto profondo di sutura con filo d'argento — *SS* punto superficiale di sutura con seta.

Di tagli cesarei compiutisi col processo di Sänger non conosco che il caso di Leopold e quello di Beumer, coronato da guarigione il primo, terminato letalmente il secondo.

Caso di Leopold.

IIpara, d'anni 29; il primo parto fu terminato con embriotomia laboriosa. Bacino rachitico universalmente ristretto. C. V. calcolata a 6 ctm. Il 24 maggio 1882 lievi dolori: il 25 questi incalzano e verso le 4 pom. la borsa amniotica è formata e discende in vagina: un'ora più tardi si procede all'atto operativo. Incisione sulla linea alba dal bellico fino a 4 ctm. al disopra del pube: all'angolo superiore i margini della ferita vennero attraversati da due robusti fili, onde avvicinare le pareti addominali dopo lo sgusciamento dell'utero. A questo punto prima di incidere l'utero si ruppero le membrane per le vagina. Un taglio di 12 ctm. sulla linea mediana a cominciare pressochè dal fondo fino al limite superiore del segmento inferiore incide l'utero senza incontrare la placenta: il feto uncinato per un'ascella ed estratto si mise tosto a gridare. Spinto l'utero fuori venne disposto perpendicolare, mentre un assistente avvicinava i margini della ferita addominale mediante la sutura provvisoria e per prevenire ogni ulteriore scorrere di liquidi nel cavo addominale s'interpone fra l'utero e le pareti ventrali un foglio di guttaperca bagnata nell'acqua fenica al 5 per cento. Collocato il tubo elastico attorno al collo uterino e introdotta una spugna imbevuta di acqua fenicata al 5 per cento nella cavità uterina, così si procedette: mentre una pinzetta ad uncini sollevava anzitutto la sierosa del margine sinistro, un bistourì a rapidi tratti staccava in direzione orizzontale il rivestimento peritoneale in modo da lasciare aderente ad esso 1 mm. circa dello strato muscolare ed in modo che il taglio scorrente ad arco penetrasse per circa mezzo centimetro all'angolo superiore ed inferiore, un centimetro invece nel mezzo. Si procedette nello stesso modo al margine destro della ferita e sollevata la lamella sierosa così preparata s'impiantò perpendicolarmente un bistouri acuto sulla tonaca muscolare incidendo attraverso l'intiero spessore di questa dall'angolo superiore all'inferiore in modo cuneiforme talchè la base del cono si trovasse in corrispondenza della superficie muscolare denudata della sierosa, e l'apice fosse formato da una stretta striscia di decidua. Lo schizzo riportato dinota il modo con cui si fece la sutura. L'ope-

razione durò complessivamente un'ora. La preparazione della sierosa e la resezione della tonaca muscolare vennero fatte in pochi minuti. Alla fine della 3ª settimana vennero dimessi madre e bambino.

Caso di Beumer.

VIpara, d'anni 41; i cinque parti antecedenti normali, l'ultimo due anni prima. Il 22 agosto 1882 facendo covoni di frumento venne colta da dolori addominali che la costrinsero a recarsi a casa ed a coricarsi. Da quel giorno continuò a soffrire di frequente stimolo ad orinare senzachè ne venisse mai evacuata una notevole quantità — Il 28 agosto i dolori crebbero notevolmente d'intensità per cui credendo prossimo il parto mandò per la levatrice, la quale dopo un giorno e mezzo di assistenza fece chiamare il medico e per consiglio di questi fu mandata alla Clinica ostetrica di Greisfwald dove giunse la mattina del 30. La vescica era distesa e formava tumore fino al bellico e furono estratti col cateterismo 2500 grammi di urina torbida. Il volume dell'utero corrispondeva alla fine del 9º mese. Il bambino era vivo. Sp. 26. Cr. 28. C. E. 19 1[2. La volta vaginale posteriore era espansa da un tumore della grandezza di una testa di feto, che discendeva profondamente nello scavo per cui fra esso e l'arco pelvico anteriore non eravi spazio che per due dita. Esso era duro ed immobile. Il canale cervicale era permeabile a stento e non avvertivasi col riscontro alcuna parte fetale. Nei giorni successivi la donna è quasi sempre febbricitante e l'esame delle urine fa diagnosticare una cistite e pielonefrite suppurativa, mentre l'esame ostetrico aveva già posto il diagnostico di gravidanza al suo termine normale con fibromioma della parete cervicale posteriore che ostruisce quasi completamente l'ingresso pelvico. Nella notte dal 10 all' 11 settembre lievi dolori di parto: alle 2 scolo del liquido amniotico, alle 4 i dolori si fanno più intensi e si fanno i preparativi per il taglio cesareo che si esegue alle 7 del mattino. Narcosi cloroformica, puntura infruttuosa del tumore col trequarti di Thompson, lavatura della vagina e delle parti esterne con acqua fenicata al 5 per cento, operazione nello spray. Incisione lungo la linea alba da 2 ctm. al disopra del bellico fino a 4 al disopra della sinfisi. Venne quindi passato al disopra ed al di dietro del fondo e del corpo uterino e fatto scorrere all' inbasso attorno al segmento uterino inferiore un tubo di gomma della grossezza del mignolo ed incrociati i due capi vennero affidati ad uno studente coll'invito di stringere subito dopo l'apertura dell' utero. Incisione di

questo longitudinale e mediana di 11 ctm. cominciandola appena al disotto del fondo e proseguendola fino al limite superiore del segmento inferiore. All'estremo superiore s'incontrò la placenta per due centimetri e ne seguì una emorragia dai margini della ferita e dall'area placentare che venne tosto frenata collo stringere del tubo. Rotte le membrane venne estratto un feto vivo. Sgusciato allora l'utero, vennero staccate ed estratte la placenta e le membrane e spugnata la cavità uterina con soluzione fenicata al 5 per cento. La sierosa venne scollata dalla tonaca muscolare per 1 ctm. di larghezza con un sottile manico di scalpello e di quest' ultima ne venne resecato per tutto il decorso della ferita un tratto cuneiforme la cui base in corrispondenza della sierosa è larga 1 ctm. mentre l' apice è formato da una striscia della decidua. Cinque punti di sutura profonda mediante lenza inglese bollita nell'acqua fenicata al 5 per cento chiudono la ferita attraversando l'intiero spessore della tonaca musculare sierosa senza comprendere la decidua e la sutura siero-sierosa fu fatta con quattro punti superficiali con seta. Levato il tubo elastico un po' di sangue penetra e rigonfia la cavità uterina ma non ne sorte goccia dalla ferita e dai fori di passaggio dei fili, per cui l' utero venne riposto. Sino a questo punto l'operazione era durata 20 minuti. Per quanto non fosse penetrato nel cavo addominale nè sangue nè liquido, se ne fece la teletta con spugne attaccate al porta-spugne, ma volendo poi estrarre la 4ª e precisamente l'ultima si ritirò il porta-spugne privo della sua spugna. La mezza mano e poi la mano intiera introdotte non valsero a rintracciarla, per cui fu giuocoforza estrarre la massa intestinale che non aveva fatto capolino durante l'atto operativo e allora si rinvenne la spugna annidata profondamente nello spazio di Douglas e completamente ricoperta dalla massa del neoplasma. Da questo momento insorgono fenomeni di collasso e si accelera l'atto operativo. La donna si riebbe, ma alle 3 pom. è presa da brivido violento con temp. a 40°, il giorno 12 alle ore 11 di sera soccombe.

All' autopsia si rilevò: pneumonite ipostatica del lobo inferiore e medio del polmone destro, edema di entrambi i polmoni, estesa pielonefrite con disfacimento di gran parte di entrambi i reni, peritonite incipiente, fibroma intramurale della grandezza di una testa di bambino della parete cervicale posteriore, fissato nello spazio di Douglas per vecchie aderenze ed ostruente l'ingresso pelvico. La sutura aveva fatto ottima prova.

Non tutti questi processi reggono egualmente ad un esame critico.

Il processo di Cohnstein può mettersi appena appena a pari coll'antico taglio cesareo, ove non si voglia confrontarlo colla proposta strana di Baudelocque nipote di aprire la volta vaginale posteriore, di attendere la espulsione per essa del feto nel cavo addominale e di procedere quindi alla laparotomia per estrarnelo. Esso non ci dà alcuna garanzia contro i lamentati pericoli del taglio cesareo classico e lo complica inutilmente. Estratto l'utero integro si dovrà portarlo fortemente all'avanti onde incidere la sua parete posteriore e ciò sarà molte volte difficile, qualche volta impossibile come in casi di tumori del segmento inferiore: e portato l'utero in esagerata antiversione più difficile sarà l'impedire lo scolo dei liquidi uterini nel cavo peritoneale, e riposto l'utero nel cavo addominale per la posizione supina della donna il secreto lochiale fluisce liberamente nel cavo addominale assecondato dalle leggi della gravità anzichè fluire per il canale cervico-vaginale. La pressione sull'aorta per togliere l' emorragia durante la incisione è soggetta alle stesse critiche che le si muovono nelle emorragie puerperali e non fa d' uopo parlarne poichè ad ogni modo converrebbe sostituirla colla costrizione mediante il tubo elastico. Che poi il più notevole spessore della parete muscolare posteriore valga per sè a menomare il pericolo delle emorragie secondarie non è dimostrato e sembrerà a tutti una pretta illusione esclusivamente fondata su preconcetti. Nè il tubo di drenaggio varrà ad assicurarci contro la sepsi poichè per la peristalsi intestinale e per i movimenti del diaframma il veleno settico dilagherà per l'ambito peritoneale. Sono quindi fermamente convinto che la proposta di Cohnstein starà sempre nel campo delle proposte e niuno vorrà azzardarsi ad attuarla.

Anche al metodo di Frank sono molteplici i rimproveri che possono rivolgersi, anzitutto quello di essere di una complicatissima esecuzione, ed è noto come la fortuna degli atti operativi dipenda anche dalla loro semplicità. La paziente operata da Frank essendo morta 10 ore dopo l'atto operativo, non havvi campo a giudicare se la formazione di una loggia appartata dal resto della sierosa e generosamente fognata onde permettere il libero efflusso del secreto lochiale abbia carattere duraturo, e questo è difficile ammettersi in causa delle contrazioni dell' utero e dei legamenti

rotondi ricchi di fibre muscolari e così artificiosamente vincolati tra loro e colle pareti addominali. E non sempre la incisione potrà arrestarsi superiormente al punto in cui vengono a convergere i legamenti rotondi e l'autore stesso lo riconosce e propone rimediarvi per la formazione del padiglione coll'innesto di membrane riassorbibili. D'altronde il processo di Frank si allontana dall'ideale di chiudere perfettamente la ferita, e giunge a rendere innocuo il secreto uterino per una via molto indiretta, mentre ci si riescirebbe forse per una via più breve con un acconcio metodo di sutura. Riescendo poi a formare questo spazio appartato, il decorso ulteriore si prolunga necessariamente di molto, e dopo la guarigione noi veniamo ad avere un utero stranamente fissato ed alterati pronfondamente i suoi rapporti topografici. Ed all'autore che si mostra recisamente avverso all'idea di rendere sterile la donna sarebbe sempre a rivolgersi la dimanda se sarebbe possibile una nuova gravidanza a decorso regolare con l' utero fissato in siffatto modo. Per le ragioni accennate non mi pare quindi che il processo di Frank possa trovare imitatori.

Nel processo di Kehrer, oltre alla rigorosa antisepsi ormai doverosa in ogni atto operativo, si caldeggia il taglio trasversale e la doppia sutura muscolo-muscolare e siero-sierosa, ed i due fatti portati in campo ne dimostrano la pratica attuabilità. Noi dobbiamo quindi farne l'esame considerandolo nelle due distinte innovazioni, sede del taglio e sutura. Non è che Kehrer fosse il primo a praticare il taglio trasversale dell' utero: è noto come Lauverjat (1788) lo avesse eretto a metodo e ne riportasse due successi. E prima di Lauverjat lo aveva praticato il Lebas (1769) e nel 1771, per affermazione di Sänger, lo aveva raccomandato il Duncker, e più tardi (1851) il Simerin lo aveva nuovamente adoperato con esito infausto. Ma allora, giustamente osserva il Sänger, non si faceva distinzione di segmento inferiore, la sede della incisione era scelta a volontà, e poichè non si concepiva che si dovesse incidere trasversalmente l' utero e longitudinalmente le pareti addominali ne veniva che anche il taglio di queste si faceva trasversale e fu probabilmente per gli inconvenienti che questo presentava in confronto colla incisione longitudinale sulla linea alba che il metodo venne abbandonato. Possiamo quindi considerare come una innovazione questa di Kehrer. Egli si proponeva di fare una incisione trasversale in corrispondenza dell' orificio interno, e si riprometteva da essa i seguenti vantaggi: di ren-

dere meno beanti le labbra della ferita uterina: di incidere in una regione in cui per eccezione si trova la placenta: di rendere necessaria una incisione addominale meno lunga, di cadere il più delle volte sul capo e facilitare così l'estrazione del feto: di avere in tale regione il peritoneo lassamente aderente alla musculatura e quindi facilmente scollabile. Il fatto in realtà ha dimostrato che il taglio è caduto al disopra dell'orificio interno e quindi nel segmento inferiore, ma prescindendo da questa condizione anatomica che toglie d'altronde alcuno dei vantaggi accennati, il taglio trasversale non potrà essere accettato come processo generale per molte e potenti ragioni. L'autore già prevede tre obbiezioni: che il luogo scelto non dia la possibilità di una incisione abbastanza estesa per il passaggio del feto senza dar luogo a lacerazioni secondarie e la combatte dicendo che tale rimprovero può valere soltanto all'inizio del travaglio, ma non quando l'orificio interno è così dilatato da ricevere la testa presentata: che il taglio apra i grossi plessi venosi laterali e la vena circolare dell'orificio interno ma risponde che l'ostetrico può rendersene padrone e che anche il taglio longitudinale non è esente da inconvenienti di simile genere: che i lochi facendosi strada nel cellulare retro-vescicale possono dar luogo a parametriti anteriori, ma replica che ogni filtrazione di lochi deve essere impedita canalizzandoli rapidamente e sicuramente per il canale cervicale. L'autore, a mio avviso, non ha risposto vittoriosamente a queste obbiezioni che si presentavano al suo spirito, perchè molte volte il taglio cesareo dovrà essere eseguito allo inizio del travaglio, qualche volta anche prima che questo incominci, l'ostetrico potrà rendersi molto più facilmente padrone dell'emorragia data dall'incisione longitudinale perchè con maggior facilità domina il campo operativo, ed infine perchè del terzo inconveniente non può farsene addirittura parola nel taglio longitudinale quando non si prolunghi troppo in basso laddove appunto il peritoneo è aderente lassamente ai tessuti sottoposti. Ma altre e capitali obbiezioni possono rivolgersi al taglio trasversale. Esso rende impossibile la emostasi preventiva, esso rende più angusto il campo operativo, meno metodica e più difficile l'operazione per la mancanza di parallelismo delle due ferite e per la vicinanza della vescica: se per esse è facilitata l'estrazione del feto in presentazione del vertice, ne è resa più difficile l'estrazione quando la presentazione sia podalica o trasversale: esso non è di esecu-

zione possibile od opportuna nei casi di fibromi che hanno invaso la cervice ed il segmento inferiore, nei casi di carcinoma della cervice onde non avvicinarsi troppo od invadere il campo del neoplasma, nei casi di placenta previa, nei casi di vecchi essudati che imbriglino la cervice e non lascino libero che il corpo uterino come in un caso comunicato da Breisky. La critica fatta alla direzione del taglio rende inutile la critica alla sutura. Egli è evidente che facendo il taglio verticale mediano, il processo di Sänger offre migliori garanzie, poichè, scollando semplicemente la tonaca sierosa dalla musculare senza risecare un tratto di questa si creerebbe tra esse uno spazio che potrebbe divenire sede di versamenti sanguigni, di piccoli ematomi che potrebbero compromettere l'esito della sutura, e si affronta ad ogni modo sierosa contro sierosa in modo lineare.

Il processo di Sänger è quindi per me il più scientifico, il più metodico, il più sicuro, quello che deve avere la prevalenza su tutti gli altri accennati sinora in questo capitolo, poichè con questi ha comuni molti vantaggi mentre non possiede molti degli inconvenienti per essi lamentati ed ha poi in proprio il grande vantaggio di essere un metodo generale, di non avere controindicazioni *tecniche*, di essere eseguibile cioè in tutti i casi. Questo non implica che non abbia controindicaziomi *desunte dalla clinica*, ma di queste non è ancora giunto il momento di occuparcene. Quanto al rimprovero che sia complicato, i due che lo misero in opera sono concordi nel dichiarare il processo di semplice e facile esecuzione e nell'invitare gli ostetrici ad accordargli la loro confidenza. Che poi la resezione muscolare non sia oziosa lo si può vedere da ognuno quando si provi ad avvicinare i margini di una ferita dell'utero puerperale e voglia poscia fare affrontare ampiamente sierosa contro sierosa introflettendo i margini della ferita.

All'infuori del metodo Porro e dei metodi accennati non è a dire che non si continuasse dopo il 1876 ad operare il taglio cesareo coi processi prima conosciuti con o senza sutura, coll'applicazione più o meno rigorosa dei metodi antisettici senza modificazioni o con modificazioni di poco momento. Numerosi casi vennero pubblicati in Italia e fuori. Cito quelli di Scarlini (1) — Belluzzi (2)

---

(1) *Operazione cesarea,* ecc., Firenze 1879. — Senza metodo antisettico — non sutura — guarigione.

(2) *Memorie Accademia Scienze Bologna,* T. 10, 1879 — Senza metodo antisettico — tre punti di sutura con refe — guarigione — Cita un caso di Hyernaux (1878) con esito letale.

— Perazzi (1) — Marangoni (2) — Litzmann (3) — Kaltembach (4) — Depaul (5) — Olcott (6) — Dell'Oro (7) — Bailly (8) — Schlemmer (9) — Walter (10) — Baker (11) — quello già citato, nel primo capitolo, di Lungren (13 bis) (guarigione) — Mac-Clellan (12) — Matkovic (13) — Breisky (14) — Zweifel (15) — Walton (16) — Movins (17) — Kirk (18) — Ainsworth (19) — Byford (20) — Boutelle (21) — Bonsieur (22) — Bruun (23) — Gliszynsky (24) Zailer (25) — Garrigues (26).

---

(1) *Gazzetta delle Cliniche*, 1882. — Antisepsi — sutura utero-parietale limitata alle sierose e praticata mano mano che si apre l'utero — sutura profonda attorcigliata — drenaggio utero vaginale — guarigione.

(2) *Annali Universali di Medicina*, 1882. — Senza antisepsi — non sutura uterina — guarigione.

(3) *Centralblatt f. Gynack*, 1879, N. 12. — Sgusciamento dell'utero integro — emostasi profilattica — sutura con catgut — morte.

(4) *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, IV, 2. — L'indicazione fu fornita da carcinoma del retto — antisepsi — 15 punti di sutura con seta — morte.

(5) *Progrès médical*, 1879, N. 21. — Senza antisepsi — non sutura uterina — guarigione.

(6) *American Journ. of. Obst.*, april 1879. — Taglio cesareo per fibroma — niuna sutura — guarigione.

(7) *Gazz. Med. Ital. Lombardia*, 1879, N. 33. — Listerismo — niuna sutura — guarigione.

(8) *Archives de Tocologie*, 1879. — Non antisepsi — non sutura — guarigione.

(9) *Centralblatt für Gynaek.*, N. 6, 1881. — Listerismo — sutura — guarigione.

(10) *Brit. Med. Journ.*, 1881, 8 Januar. — Sutura con catgut — guarigione.

(11) *Amer. Journ. of. Obst.*. 1881. Juli. — Taglio cesareo per fibroma — 4 punti di sutura con seta fenicata — guarigione.

(12) *Amer. Journ. of. Obst.*, 1882, April. — Sutura — morte.

(13) *Centralblatt f. Gynaek.*, N. 47, 1882. — Non listerismo, non sutura — guarigione.

(14) Citato da Sänger: l'indicazione era fornita da masse cicatriziali che imbrigliavano il segmento inferiore — sei suture con filo d'argento — morte.

(15) *Archiv f. Gynack.*, XVIII, 3. — Listerismo rigoroso, sutura con seta e catgut — morte.

(16) Citato da Garrigues. — Un punto di sutura con filo d'argento — morte.

(17) Idem. — Cinque punti con catgut — morte.

(18) Idem. — Non sutura — Guarigione.

(19) Idem. — Quattro punti con filo d'argento — morte.

(20) *Amer. Journ. of Obstetrics*, Jan. 1879. — Venne punto l'utero gravido durante l'ovariotomia — sette suture con seta — guarigione.

(21) Citato da Sänger. Tre suture con seta — morte.

(22) Idem. — Una sutura — morte.

(23) Idem. — Sei punti con catgut — morte.

(24) Idem. — Sutura con catgut — morte.

(25) *Centralblatt f. Gyn.*, N. 16, 1883. — Non sutura — morte.

(26) *Amer. Journ. of Obstetrics.*, April, 1883. — Listerismo — 24 punti di sutura con seta — morte. — Dunque 30 casi (compresi quello di Hyernaux e di Lungren) con mortalità 50 %.

E non cito che quelli caduti accidentalmente sotto i miei occhi nelle ricerche bigliografiche e negli studii preparatorii di questo mio lavoro. Ma di essi non è mia intenzione occuparmene sì perchè non rappresentano probabilmente che una piccola parte di quelli pubblicati e certamente una parte piccola di quelli eseguiti con prevalenza di quelli coronati da esito favorevole, sì perchè convinto che qualunque sieno i risultati apparenti che per essi figurano, i processi seguiti, scientificamente, non corrispondono all'ideale di un processo chirurgico, o veramente vi corrispondono meno che non quello di Sänger, sia infine perchè scopo del presente lavoro era di confrontare fra loro i principali metodi operatorii escogitati in questi ultimi tempi appunto per migliorare la prognosi del taglio cesareo eseguito coi metodi ordinarii. Essi in genere, quelli in cui si fece la sutura, non si propongono che l'avvicinamento lineare alla sierosa: ad ogni modo va notata la tendenza progressiva a moltiplicare il numero delle suture onde ottenere un più esatto combaciamento, mentre d'altra parte sembra che parecchi dalla sutura non attendano altro che l'arresto della emorragia da qualche seno uterino e non la chiusura perfetta della ferita. Infine farò riflettere come in molti casi il fattore più efficace della guarigione sia stato il pronto coalito della sierosa uterina colla sierosa parietale, e si sia poscia avuta una guarigione per seconda intenzione, mentre invece un processo operativo veramente *conservatore* deve proporsi come precipuo scopo la guarigione primaria della ferita uterina e dei processi mentovati e adoperati mi pare sinora che solo da quello di Sänger *sia lecito sperare* tale risultato. Passerò invece ad esaminare l'altra serie di metodi operativi che si propongono di estrarre per vie artificiali il prodotto del concepimento senza ledere il peritoneo.

Gastro-elitrotomia (1).

Essa fu, al dire di Garrigues, che scrisse il più importante e completo lavoro monografico su tale argomento, inventata tre

(1) Joerg. *Versuche und Beiträge geburtshülflichen Inhalts.* Leipzig, 1806.
Ritgen. *Die Anzeigen der mechanischen Hülfen bei Entbindungen*, Giessen, 1820.
Idem. *Heidelberger Klinische Annalen*, Vol. 1. Heidelberg, 1835.

volte in differenti paesi prima che fosse recentemente reinventata agli Stati Uniti, ove venne in una certa notorietà per i risultati ottenuti a New-York ed a Brooklyn da Teodoro Gaillard Thomas e da Alessandro F. C. Skene. È specialmente a tale lavoro che ho attinto la parte storica che verrò esponendo. Niuno, il quale voglia giudicare con retto e spassionato criterio di quest'atto operativo, potrà esimersi dal consultare gli accurati lavori del ginecologo americano. Il periodo attuale, o periodo di perfezionamento, nel

---

Baudelocque n. *Nouveau procédé pour pratiquer l'opération césarienne*, 1823,

Id. *Nouveau moyen pour delivrer les femmes contrefaites à terme et en travail, substitué a l'operation appelée cesarienne.* Paris, 1824.

Id. *Opération cesarienne — Elytrotomie ou section du vagin précédée ou non de la ligature ou de la compression de l'artère iliaque interne.* Ib., 1844.

Enrico Jacolucci. *Caso di parto cesareo per mezzo del quale si salvò la vita della madre e del feto. — Il Morgagni*, 1862, p. 719.

William P. Dewees. *A compendious system of Mydwifery.* — Philadelphia, 1835.

Charles Bell. *Institutes of Surgery*, 1840.

Masson. *De la gastro elytrotomie.* Thèse, 1878.

T. G. Thomas. *Gastro elytrotomy, a substitute for the Caesarean section. — Amer. Jour. of Obst.* May, 1870.

Idem. *Laparo-elytrotomie successfully performed for both Mother and child — Amer. Jour. of Obst.*, April 1878.

Skene. *Gastro-elytrotomy, performed in the interest of the mother after perforation of the head of the child. — New-York Medical Journal*, 1874. Vol. XX.

Idem. *Gastro-elytrotomy performed successfully for mother and child.—American Jour. of Obst.*, January, 1876.

Idem. *Gastro-elytrotomy performed successfully for mother and child four days after beginning of labor. Lordosis. Anckylosis of both hip joints. Previous pelvic peritonitis. — Amer. Journ. of. Obst.*, Octobre 1877.

G. R. Thomas. *Comparison of the Results of Caesarean section and Laparo-elytrotomy in New-Jork Medical Journal*, march 1878.

Henry Garrigues. *On gastro-elytrotomy*, New-York, 1878.

Hime. *Laparo-elytrotomy. — The Lancet*, 9 nov. 1878.

Arthur Edis. *Britsh Medical Journal*, 30 Nov. 1878.

Walter F. Gillette. *American Journal*, 1880, Vol. XIII.

Statfeldt. *Foedselen ved Boekkenets svulster med soerligt Hensyn til Anvendelsen of Laparo-hysterotomien, Laparo-elytrotomien, og Hysterectomien*, Copenaghen, 1879.

Polk. *Landmarks in the operation of Laparo-elytrotomie. Transactions of the Obstetrical Society of New-York. Meeting January* 3, 1882. — *Amer. Journ. of Obst.*, June 1882.

Henry Garrigues. *Additional Remarcks on Gastro-elytrotomy, with special reference to Porro's Operation. — Amer, Journ. of Obst.*, January, 1883.

quale è solo rappresentata la ostetricia anglo-americana, venne preceduto da un lungo periodo in cui di tratto in tratto si succedono progetti e tentativi e che può considerarsi chiuso con una osservazione italiana sfuggita alle ricerche di Garrigues, e appartenente al Dott. Francesco Cianflone. Di essa però ho trovato soltanto i seguenti cenni in una memoria di Enrico Jacolucci: « il Dott. F. C. operava una volta a Napoli la gastro-isterotomia col metodo di Baudeloque nipote, ma l'operata moriva entro le 24 ore »; del resto vedremo come fossero non meno di sei i metodi proposti da Baudelocque, e a quale di questi avesse dato la preferenza l'ostetrico italiano non mi fu dato saperlo. In questo primo periodo storico della laparo-elitrotomia figurano i nomi di Joerg, di Ritgen, Physick, L. A. Baudelocque e Carlo Bell. Quantunque però i processi da loro proposti vadano comunemente uniti sotto la indicazione di laparo-elitrotomia non è a dire che tutti si propongano di penetrare nell'utero attraverso le pareti addominali e vaginali evitando il peritoneo, poichè in alcuni lo si apre, in alcuni si incide il collo o questo unitamente alla vagina. Tutti però hanno in comune di non fare cadere la incisione sul corpo uterino.

Joerg nel 1806 consigliava di incidere le pareti addominali sulla linea alba, aprendo pure la vagina sulla linea mediana e, se non vi fosse stato spazio sufficiente, la bocca uterina; e giustificava la proposta in base alla esperienza di parecchi ostetrici che avevano visto cacciato il bambino nel cavo addominale attraverso una rottura della vagina. Egli attuò la sua proposta su donna morta e pare non abbia incontrato difficoltà.

Il vero inventore della gastro-elitrotomia, quale la si intende oggidì fu il Ritgen, che nel 1820, inspirandosi alle ricerche di Abernethy e di Cooper sulla legatura delle iliache senza l'apertura del peritoneo, ci diede una descrizione dettagliata di un piano operativo inteso a praticare il taglio cesareo senza interessare il peritoneo. La donna deve esser posta nella posizione dorsale col sacro elevato da un cuscino, l'ostetrico si colloca a destra della paziente, mentre un primo assistente, introdotto un catetere maschile, spinge vescica ed uretra a sinistra ed un altro assistente, collocatosi a sinistra della paziente, cerca di inclinare fortemente l'utero dallo stesso lato. Una incisione semilunare è fatta dalla regione della cresta iliaca fino in vicinanza del pube strato a strato e vengono mano mano legate l'addominale super-

ficiale, la epigastrica, la circonflessa iliaca. Si scolla indi il peritoneo, colla sonda a dardo di frate Cosimo si solleva e si perfora la vagina e quindi si incide dall' uretra verso il retto, a una tal distanza dall'utero che dal lato destro del collo penda un lembo di 2-3 pollici che poi si divide nel mezzo colle forbici fino all'orlo uterino. L'assistente deve inclinare l' utero in modo che le contrazioni uterine spingano il feto verso la breccia: occorrendo si incide il collo. Estratto il feto la ferita è detersa e la pelle ed i muscoli vengono uniti con sutura e con liste di sparadrappo.

Il 21 ottobre 1821 gli si offerse l'occasione di porre in opera sulla moglie di Joan Peter il piano operativo escogitato senza però riescirvi. Era IVpara, d'anni 37, osteomalacica, le ossa non erano cedevoli. La bocca uterina era dilatata a 2 pollici e mezzo ed egli voleva attendere che il capo la superasse, ma le condizioni della donna non permettevano l'attesa, e quindi alle 10 ant. di detto giorno procedette all'atto operativo. Nell'estendere la incisione vaginale, all' ultimo tratto irruppe un gran getto di sangue; l'emorragia venne frenata mediante il tamponamento con spugne, ma ad ogni tentativo di riprendere l'atto operativo la emorragia ricominciava e la paziente sveniva, per cui ricorse al taglio cesareo ordinario incidendo nella direzione proposta da Stein Jun., incominciando a destra del bellico e prolungando la incisione fino al mezzo della branca orizzontale sinistra del pube. Venne estratto un feto vivo. La paziente soccombette al terzo giorno e l'autopsia dimostrò come causa della morte l'emorragia dalla ferita uterina.

Il Garrigues, il quale attinse alle fonti originali, ci dice che la descrizione di Ritgen è lucidissima, e nulla vi si lascia al caso. Egli parla con calma della sua invenzione e dà onestamente tutti i dettagli sul suo insuccesso e la sua modestia e semplicità contrastano fortemente colla verbosità vanagloriosa di Baudelocque. Questi pare avere piuttosto peggiorata che migliorata l'idea primitiva. Egli propose non meno di sei differenti metodi.

1) Incisione longitudinale al margine esterno del muscolo retto senza aprire la cavità peritoneale.

2) La medesima incisione ma comprendendovi il peritoneo.

3) Incisione obliqua dalla spina del pube alla spina anteriore superiore dell' ileo senza aprire il peritoneo.

4) La stessa incisione previa legatura o compressione dell'arteria iliaca interna.

5) Incisione longitudinale attraverso la linea alba e la parete posteriore della vagina.

6) Incisione trasversale dalla spina anteriore superiore dell'ileo di un lato a quello del lato opposto e incisione longitudinale della parete posteriore della vagina.

In due casi B. tentò la gastroelitrotomia col processo indicato al N. 4, ma soltanto nel secondo gli riuscì, nel primo fu costretto ad estrarre il feto nel modo ordinario.

I. *Caso.* — Non è indicata la data dell'operazione. Ipara, rachitica, d'anni 26, alta 1 metro: la bocca uterina era dilatata a 4 ctm., il liquido amniotico già colato spontaneamente. Attraverso la pelle della regione iliaca *sinistra* fece una incisione che incominciava dalla spina del pube e terminava 2 ctm. in fronte e un po' al disopra dalla spina anteriore superiore dell'ileo. Indi incise, strato a strato, l'obliquo esterno, l'interno e l'aponeurosi dal muscolo trasverso. Un gran numero di piccole arterie dava sangue e vennero legate. Incisa anche la fascia trasversale scollò il peritoneo del muscolo iliaco e giù fino alla vagina. Messe così allo scoperto l'arteria e la vena iliaca interna, punse la vagina 1 ctm. e mezzo all'imbasso dell'uretere e circa 27 millimetri al disotto del collo uterino, e ne venne tale emorragia che in un attimo la fossa iliaca fu riempita di sangue, e due volte ancora si riempì dopo averla spugnata. Questa perdita di sangue per quanto non considerevole in sè aveva indebolito la paziente e vedendo aumentare il pallore e girare gli occhi nell'orbita, mentre un assistente tamponava vagina e fossa, praticò la isterotomia, estraendo un feto morto di recente. L'emorragia continuò dalla ferita uterina e dalle vene dalla vagina e ad essa soccombette la donna.

II. *Caso.* — Operato il 6 maggio 1843. Donna eclampsica. L'incisione della pelle e dei muscoli, fatta ancora a sinistra, non presentò niente di notevole tranne che richiese l'applicazione di circa 30 legature. Lo scollamento del peritoneo fu facile: dopo aver separato coll'estremo di un catetere femminile l'arteria dalla vena iliaca interna, passò sotto l'arteria un ago di Deschamp e attraverso l'occhiello di questo un nastrino, ma al momento che egli lo passava attorno all'arteria, il sacco peritoneale scivolò dalle mani dell'assistente che lo teneva, cosichè per un istante egli non vide la punta dello strumento, che per quanto smusso ferì l'arteria iliaca esterna, per il che fu obbligato a legare l'arteria iliaca comune. Incisa la vagina in modo da non ledere l'uretere, e introdotta la mano nell'utero afferrò i piedi del

feto che si presentava in presentazione di vertice ne fece agevolmente la versione e lo estrasse. Il feto era morto e la donna morì 76 ore dopo l'atto operativo.

In ordine di tempo, nella storia di questa operazione, viene quindi un americano, il Dott. Physick, e così ne descrive il processo il Dott. Horner in una lettera datata dal 28 settembre 1824 e inserita nel compendio di ostetricia di Dewees: « il Dott. Physick, fondando la sua idea sopra una dissezione fatta in donna » gravida, propone per l'operazione cesarea una sezione orizzon- » tale delle pareti addominali proprio al disopra dei pubi. Il pe- » ritoneo dovrebbe essere scollato dal fondo della vescica, por- » tando così il campo operativo in quella porzione di cervice ute- » rina, dove il peritoneo passa sulla vescica. L'incisione fatta in » questa porzione dell'utero aprirà la sua cavità con sufficiente » liberalità per dar passaggio al feto. Egli propone che l'opera- » zione debba essere praticata a vescica moderatamente distesa » previa introduzione di un catetere onde accertare la sua po- » sizione. »

Infine Carlo Bell, non si sa se conscio delle proposte già fatte prima di lui, nel 1837, allo scopo di diminuire i pericoli del taglio cesareo ordinario, raccomanda l'atto operativo invitando a seguire queste norme:

1) di praticare la incisione delle pareti addominali nella direzione dalla cresta del pube obliquamente all'esterno. L'arteria epigastrica può richiedere d'essere legata;

2) di scollare il peritoneo, cosa non difficile nello stato di gravidanza, raggiungendo la vagina e l'utero sotto il peritoneo;

3) di fare una piccola incisione nella vagina, introdurre un dito e dilatarla lentamente, imitando il travaglio naturale;

4) di rompere le membrane ed abbandonare il parto alla natura, ovvero se ciò non è permesso estrarre il feto col rivolgimento.

Finchè la scienza possedeva soltanto il materiale fin qui esposto niun dubbio che la maggioranza degli ostetrici si dichiarasse contraria a quest'atto operativo inventato, come scrive il Garrigues due volte, forse tre, da Ritgen, Baudelocque e Carlo Bell, e condotto a termine una sol volta da Baudelocque, con morte della madre, mentre il feto era premorto. E quasi tutti i trattati di ostetricia da quel tempo sino ad oggi esprimono concordi tale

pensiero. Il Garrigues fa una minuta analisi critica di tutte le proposte accennate scegliendo il loglio del grano, le idee buone dalle cattive, ma è inutile che io lo segua in tale esame critico, poichè non è supponibile che qualcuno voglia oggidì servirsi di quanto si espose nell'interesse storico, come materia di confronto e di giudizio nelle controversie che si agitano oggidì. Indipendentemente dai difetti di tecnicismo, a rilevare i quali basta anche la lettura dei pochi cenni da me riportati, basti il notare come i fatti spettino tutti ad un'epoca, in cui non eranvi i tre grandi ausiliari odierni del chirurgo, l'anestesia, l'antisepsi, l'emostasia profilattica. Passiamo invece alla esposizione dei fatti appartenenti al periodo di risurrezione della gastro-elitrotomia, che incomincia colla operazione praticata da Thomas nel marzo del 1870.

I. Caso — Thomas.

Multipara, d'anni 40 circa, alla fine del 7º mese di gravidanza: era ammalata da otto o dieci giorni di pneumonia ed ora trovavasi in *articulo mortis*. Chiamato d'urgenza, al suo arrivo trovò la paziente intieramente priva di polso, cianotica, quasi completamente inconscia, con rantolo laringeo. Fatto un rapido consulto coi medici presenti, si decise per la gastro-elitrotomia. Praticata l'anestesia coll'etere, introdotta la mano in vagina, dilatò la cervice lentamente e cautamente in modo da portare la dilatazione a circa tre quarti senza apportare lesioni. Con un bistouri fece quindi una incisione dalla spina del pube alla spina anteriore superiore dell'ileo di destra. Il peritoneo venne facilmente sollevato in modo da arrivare alla linea d'unione vagino-uterina. La vagina fu sollevata da una sonda di acciaio in essa introdotta ed aperta sulla sua guida e l'apertura fu dilatata colle dita. La cervice fu quindi sollevata nella fossa iliaca destra da un uncino ottuso, mentre il fondo si abbassava in una direzione opposta: con manovre combinate introdotte soltanto due dita nella cavità uterina, si fece la versione estraendo un bambino vivo, che visse un'ora, e trascorso questo tempo morì pure la madre. — La ferita era stata riunita con sutura nodosa.

II. Caso — Skene — 22 marzo 1874.

Ipara, rachitica, in travaglio da 48 ore, C. V. 2 pollici e $^1/_2$. Erano stati fatti tentativi infruttuosi di versione ed era stata praticata la

craniotomia senza riuscire a liberare la donna, che era affatto esausta col polso a 130. Egli seguì in genere nell'operare le norme di Thomas; i fenomeni di collasso andarono mano mano aumentando e la morte avveniva 7 ore dopo l'atto operativo.

L'autore ci porta la testimonianza che l'operazione è straordinariamente semplice, e potè essere fatta con rapidità e sicurezza, quantunque l'operazione gli riescisse nuova per ogni verso, eccettuatane la descrizione che egli ne aveva letto, e riuscì a praticare la liberazione in 10 minuti *(I vas able to make the dissections and deliver the child and placenta in ten minutes, and without making any haste!)*. La incisione della cute e della fascia superficiale venne praticata dalla spina del pube alla spina anteriore superiore dell'ileo, ma trovatala estesa più del bisogno, nella incisione dello strato muscolare si limitò ad una lunghezza di poco più di due terzi di quella accennata. A sollevare la vagina adoperò il dito anzichè la sonda, e fu così in grado di avvertire ed evitare un grosso vaso pulsante. Invece dell'uncino ottuso si servì pure del dito per sollevare la cervice uterina sulla fossa iliaca destra, e invece di estrarre il feto colla versione lo estrasse colla pinza da craniotomia.

III. Caso — Skene — 29 ottobre 1875.

IVpara, d'anni 31, rachitica. C. V. poll. 2 3/4. Il 1° parto fu terminato colla craniotomia, il 2° parto spontaneo al settimo mese con bambino che campa pochi minuti, il 3° parto, pure prematuro, al principio del nono mese, versione per presentazione di spalla, estrazione difficile con depressione dei parietali, il bambino campò alcuni mesi. Nell'attuale gravidanza il travaglio s'iniziò il 28 ottobre, e Skene venne chiamato alle 6 ant. del 29, e trovò la bocca uterina quasi completamente dilatata, le membrane integre, presentazione di un braccio e del funicolo pulsante. L'operazione non potè essere eseguita che alle 9 ant., ma le membrane si erano conservate integre. Incise le pareti addominali e la vagina, il feto venne estratto vivo colla versione. In tutto si impiegarono 15 minuti: non vi fu che lieve emorragia. Alcune ore dopo l'atto operativo, introducendo il catetere in vescica, si fece accorto che questa era stata aperta al lato destro in corrispondenza della sua unione coll'uretra. Il 28 novembre fu chiusa anche la ferita vescicale, e due settimane dopo venne dimessa la donna completa-

mente guarita. Egli attribuisce l'accidente non all' operazione ma all'operatore, se se ne fosse accorto durante l'atto operativo vi avrebbe riparato seduta stante colla sutura.

IV Caso — Skene — 23 giugno 1877.

Ipara, d'anni 37, molto deforme. Il travaglio cominciò il 19 giugno e subito dopo si ruppero le membrane. I dolori incalzarono ma essa voleva tenere nascosto il suo stato, e non si decise a mandare per il medico che alla mattima del 22. Le membrane era rotte, il liquido amniotico completamente colato e l' utero retratto sul suo contenuto: la bocca uterina era appena dilatata da ammettere la punta del dito. La paziente era molto emaciata; lordosi lombare, anchilosi di ambo le anche, consecutiva a coxiti suppurate di cui rimanevano traccie nelle profonde cicatrici e le coscie erano flesse quasi ad angolo retto. C. V. calcolata in 1 poll. ed $^1/_4$. Lo Skene venne chiamato in consulto alle 6 pom. dello stesso giorno, e si decise di dilatare prima la cervice e poi di procedere alla gastro-elitrotomia. La dilatazione iniziata alla mattina del 23 fu molto laboriosa, e dopo molte manipolazioni potè essere portata a pollici 2 $^1/_2$. Alle 10 ant. si accinse all'atto operativo. Pochi casi potranno presentarsi in modo più sfavorevole di questo. Per compiere l'incisione parallelamente e un po' al disopra dell'arco di Poparzio, si dovette sollevare le pareti addominali e deprimere le parti molli della coscia per quanto era possibile. Raggiunta la regione del peritoneo s' incontrò coi prodotti plastici di pregresse infiammazioni del peritoneo pelvico che mascheravano i rapporti normali. Peritoneo, fossa iliaca, vescica e vagina erano fusi assieme da materiali plastici che rendevano irreconoscibili i tessuti normali, e la strettezza del campo operativo per la speciale difformità aumentava le difficoltà dell'impresa. Si riescì ad evitare la lesione del peritoneo e di vasi importanti, ma fu ferita la vescica la quale era stirata in alto ed a destra da vecchie aderenze, al punto che la zona ferita trovavasi di fronte alla spina anteriore superiore dell'ileo. Lo stato di retrazione dell'utero rendeva impossibile la versione, ed essendovi presentazione del vertice, si applicò il forcipe, applicazione difficile per la posizione in cui veniva a trovarsi la coscia anchilosata. Il bambino asfittico venne rianimato. Vi fu pochissima emorragia: la ferita venne chiusa mediante sutura con filo d'argento. Il decorso ulteriore fu lungo e noioso per la infiltrazione dell'urina e per la indocilità dell' ammalata, la quale però guarì dell' operazione e della fistola.

V. Caso. — Thomas — 3 dicembre 1877.

Ipara, d'anni 20. C. V. poll. 2 1/4. L'incisione venne fatta come nel suo primo caso a destra. Sollevato il peritoneo, un assistente spinse il dito in vagina e la sollevò su di esso. Venne incisa in vicinanza della sua congiunzione coll'utero; quindi introducendo i due indici nella fatta apertura, lacerò la parete vaginale. Il feto si presentava per l'ovoide podalico e la contrazione stessa uterina lo spinse sulla fossa iliaca: esso era asfittico, ma venne rianimato. La ferita fu unita con sutura d'argento. Decorso regolare. Guarigione.

VI. Caso. — Hime — 14 luglio 1878.

È questo il 1° caso operato in Europa. Chiamato a visitare una donna in travaglio da 20 ore, senza che la testa facesse alcun progresso, avvertì come ostacolo al parto una degenerazione cancerosa del setto retto-vaginale, che era origine di un fetore insopportabile. Il bambino era vivo in prima posizione di vertice. Contrazioni intieramente cessate da un'ora. La paziente aveva 37 anni ed era alla sua nona gravidanza. Le manifestazioni morbose datavano da un anno circa, e da 8 mesi aveva dolori vivi e strazianti al retto con emorragie intercorrenti, da 11 settimane prostrazione notevole e da 48 ore vomito e diarrea incessanti ed impulso cardiaco debolissimo. Decisa la gastro-elitrotomia, cloroformizzata la donna e circondatosi delle cautele antisettiche, tranne lo spray, venne praticata la incisione a *sinistra* dalla spina iliaca anteriore superiore alla spina pubica. Sollevato il peritoneo ed introdotto uno specillo ottuso in vagina e portata questa nel campo della ferita la si incise sulla guida di quello. Estesa la incisione, venne estratto col rivolgimento un bambino vivo. Nessuna emorragia. Durata dell'atto operativo 20 minuti: non si perdette in tutto un'oncia di sangue, praticandosi mano mano la torsione delle piccole arterie recise. La ferita si riunì con sutura. L'ammalata era assai abbattuta, per cui si fecere iniezioni ipodermiche di etere e si amministrò caffè ed acquavite: di tanto in tanto sembrava riaversi quando 2 ore dopo inaspettatamente divenne livida e morì malgrado respirazione artificiale di 10 minuti. All' autopsia non si osservarono lesioni di sorta: il collo non era invaso dalla degenerazione cancerosa.

VII. Caso — Edis 23 Novembre 1878.

Ipara, d'anni 20, grassa, molto floscia, con estremità edematose: il travaglio s'iniziò il 22 novembre alle 6 pom. e le contrazioni andarono rapidamente aumentando d'intensità: alle 4,30 ant. del 23 si ruppero le membrane, ma la testa era sempre arrestata allo stretto superiore, il Dott. Jaulon applicò il forcipe due ore dopo ma non riuscì ad articolarlo. Alle 9 ant. fu chiamato il Dott. Edis: la bocca era ben dilatata, il vertice in 2ª posizione, eravi anchilosi dell'articolazione coxo-femorale di destra con notevole flessione della coscia il diametro anteroposteriore della pelvi misurava 2 pollici e $^1/_2$ ed un voluminoso trombo distendeva il gran labbro di sinistra. Trasportata alla maternità, nel consulto tenutosi alle 11 ant. con Fancourt Barnes ed Heywood Smith si decise la gastro-eletrotomia che venne praticata alle 11 $^1/_2$. Anestesia con cloroformio ed etere, listerismo: si fece a destra una incisione leggermente curvilinea a strati da un punto situato mezzo pollice al disopra ed all'esterno della spina pubica fino ad un pollice al disopra della spina anteriore superiore. I vasi sanguinanti si assicuravano colle pinze di Péan: l'apertura della vagina sollevata nel campo della ferita venne dilacerata colle dita e tratto l'orificio uterino sulla fossa iliaca la testa venne estratta a mezzo del forcipe con *pochissima* difficoltà. Il bambino era vivo, la placenta fu spremuta attraverso la ferita. Nell'atto operativo non occorse che lieve emorragia. Esaminando la ferita si accorse di una lacerazione della vescica che venne chiusa con sutura mediante seta e così pure si riunì la ferita. La paziente morì di collasso 40 ore dopo l'operazione: l'autopsia non venne permessa. L'impressione dell'operatore si fu che l'esito sarebbe stato fatale con qualunque processo operativo per le cattive condizioni della paziente.

VIII. Caso — Gillette — Novembre 1879.

Ipara, rachitica, C. V. pollici 1 $^1/_2$, feto morto. La gastro-elitrotomia venne fatta colle norme di Thomas. Essendo la bocca uterina alquanto rigida venne dapprima incisa, e riusciti infruttuosi i tentativi di applicazione del forcipe, e non essendo riuscita la versione ad estarre completamente il feto si dovette fare la craniotomia del capo posteriore al tronco. Il bambino era già in stato di decomposizione. La vescica non fu lesa. La ferita venne suturata. Guarigione.

L'impressione prima che si riceve dalla lettura delle osservazioni e delle considerazioni con cui gli operatori le accompagnano risguarda la facilità e la speditezza dell'atto operativo su cui tutti sono concordi, poichè le difficoltà nel caso di Gillette provennero dalla estrazione del feto. Così Skene in un caso impiega 10 minuti, in un altro 15, Hime ne impiega 20. Hime ne è così entusiasta che si dimanda se, vista la facilità della operazione e la forte probabilità di salvare la madre, possa essere giustificabile la craniotomia a feto vivo e fino a qual punto, e se la sezione cesarea classica non debba cadere nell'oblio.

Ma un altro fatto molto importante che è attestato concordemente da tutte le osservazioni recenti, si è la mancanza di emorragia, che le mette in singolare contrasto colle osservazioni di Ritgen e di Baudelocque, ed il fatto colpisce tanto più inquantochè alcuni operatori addussero la mancanza di emorragia come criterio di preferenza sul taglio cesareo ordinario. Thomas e Skene dichiarano espressamente di non aver visto nè sentito i vasi iliaci: il primo nè tagliò nè vide neppure l'arteria epigastrica che venne vista ma non tagliata in un caso da Skene: riguardo alla vagina è poi importante il notare come aperto uno spiraglio, dilacerarono l'apertura introducendovi i due indici. Se noi ci riferiamo all'anatomia di quella regione noi troviamo dall'alto al basso, a donna supina, la pelle e il cellulare sottocutaneo, il grande obliquo od obliquo esterno, aponeurotico in quasi tutto il tragitto dell'incisione, muscolare appunto al disopra della spina anteriore superiore dell'ileo, il piccolo obliquo od interno ed il trasverso che sono invece muscolari per gran parte della ferita, ma aponeurotici verso la sua estremità interna, infine la fascia trasversale. L'arteria superficiale addominale che serpeggia nel primo strato deve essere necessariamente incisa: la circonflessa che spiccasi dalla iliaca esterna e corre tra il peritoneo e l'arco di Poparzio verso la spina a. s. dell'ileo, continuando al lato interno della cresta iliaca non cade sotto il coltello per quanto venga in vista scollando il peritoneo e ad ogni modo è un vaso di piccolo calibro. L'arteria epigastrica che nella sua parte ascendente sarebbe raggiunta spingendo realmente l'incisione fino alla spina pubica non cade nel dominio della ferita quando questa si arresti qualche centimetro all'alto ed all'esterno di essa, parallelamente all'arco di Poparzio. E pare che ciò sia avvenuto realmente nei casi di Thomas per dettagli che questi diede a Garrigues e ad ogni modo converrà attenersi a tale norma.

Quanto alla vagina è noto come l'irrorino numerosi vasi arteriosi e la sua parte superiore sia circondata da un plesso venoso importante. Appunto per questo importa di lacerare anzichè incidere: il Garrigues propone il termo-cauterio ovvero il galvano cauterio. Ad ogni modo coi mezzi che attualmente il chirurgo possiede è difficile che non riesca a farsi padrone di una eventuale emorragla, che notiamolo ad ogni modo ancora una volta, non si verificò nè grave nè modica negli otto casi recenti. La disposizione dei vasi rende preferibile che la incisione vaginale sia bassa per quanto è possibile.

Quanto allo scollamento del peritoneo venne trovato facile da tutti, antichi e moderni.

Invece il chirurgo deve aver presente la possibilità di ledere le vie urinarie, vescica ed ureteri. Vedemmo come la lesione della vescica si sia verificata in due casi di Skene ed in quello di Edis: Skene dichiara che nell' uno ciò fu in dipendenza dell' abnorme situazione della vescica, nell' altro confessa candidamente che non all' operazione ma all' operatore debba attribuirsi l' accidente. L' uretere non fu mai leso ma che la sua lesione sia possibile ce lo dimostrano i rapporti anatomici dell' uretere nel suo decorso inferiore. Tali rapporti vennero oggidì ristudiati diligentemente in America specialmente in rapporto colla gastroelitrotomia, in Germania in rapporto colla esportazione totale dell' utero canceroso. Il Pawlick ne fece pure oggetto di studio proseguendo con amore la sua idea di renderne possibile e facile il cateterismo (1). L' accordo però non è assoluto. I punti fatti oggetto di controversia fra gli autori menzionati sono, come scrive il Ranney: 1) L' esatto rapporto tra il punto d'ingresso dell' uretere nella cavità vescicale e la cervice uterina e l'orificio interno dell' uretra; 2) Le variazioni nel corso generale degli ureteri prodotte dall' ingrandimento dell'utero gravido; 3) I punti ossei che possono essere adoperati come punti di ritrovo riguardo agli ureteri durante il loro passaggio attraverso le pelvi;

---

(1) Oltre i lavori citati di Garrigues, di Polk e quelli di Luschka (*Topographie der Harnleiter des Weibes. — Arch. für Gyn.*, 1872, Bd. III), di Freund (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1869, N. 47), di Pawlik (*Centralbl. für Gyn.*) si consulti il bello e recentissimo lavoro di Ranney (*The Topographical relations of the Femal Pelvic Organs (American Journal of Obstetrics*, 1883, March — April — May — June — July). La parte risguardante gli ureteri si è nel N. di maggio e riassume gli studii antecedenti.

4) Le guide al cateterismo degli ureteri; 5) I rapporti di questi dotti colla vagina e col legamento largo. Per la natura di questo lavoro non posso ingolfarmi nei particolari anatomici per quanto sieno di grande importanza per il ginecologo, ma devo limitarmi a quei dati, che, constatati con sufficiente sicurezza, possono essere d'importanza per l'atto operativo che ci interessa attualmente. Ora le ricerche di Polk essendo state fatte sopra un cadavere di donna gravida meritano speciale considerazione. Una linea tirata dalla biforcazione della iliaca comune alla spina del pube corrisponderebbe in genere, secondo Polk, al tragitto degli ureteri. Il Garrigues, facendo le sue prime ricerche sopra donna non gravida (dopo le rinnovò su donna puerpera), aveva dato le seguenti distanze che interessano il ginecologo e l'ostetrico per molti riguardi:

Dall'uretere orizzontalmente al corno uterino (il punto di partenza del legamento ovarico)		
a destra	ctm.	1,9
a sinistra	»	2,9
Dall'uretere orizzontalmente, alla unione del corpo e del collo uterino		
a destra	»	1,9
a sinistra	»	1,5
Dall'uretere al punto più vicino della porzione vaginale da ciascun lato	»	1,3
Dal punto in cui l'uretere entra nella parete vescicale all'unione utero-vaginale		
a destra	»	1,9
a sinistra	»	1,5
(Sarebbe quindi a livello colla bocca uterina)		
Dalla apertura nella cavità vescicale alla porzione vaginale		
a destra	»	1,3
a sinistra	»	1,5
Fra i due ureteri al punto in cui raggiungono le pareti vescicali	»	5
Fra le due aperture degli ureteri nella cavità	»	2,5
Dal punto in cui l'uretere passa sotto il legamento largo al punto in cui raggiunge la parete vescicale	»	2,9

Dall'apertura dell'uretere nella vescica al centro del labbro anteriore della bocca uterina		
	a destra	ctm. 1,9
	a sinistra	» 2,5
Dall'apertura interna dell'uretra alla bocca uterina		» 3,2

E il Polk descrive come segue nello stato di gravidanza il tratto del decorso degli ureteri che può interessarci nella gastro-elitromia. « Raggiunto l'ingresso pelvico (la linea ileo-pettinea) » essi abbandonano la parete pelvica, emergendo al disotto della » base del legamento largo e si dirigono in basso all'avanti ed » un po' all'esterno passando circa a metà strada tra la parete » pelvica e la congiunzione vagino-cervicale, ma avvicinando » molto strettamente la parete anteriore laterale della vagina, ri- » volgendosi poi più decisamente all'interno, in un piano più » basso fino a incontrare la base della vescica, tre quarti di pol- » lice al disotto della cervice, terminando finalmente nella vescica » ad un punto situato, a donna coricata sul dorso, a due pollici » al disotto della spina del pube. »

La divergenza nel campo pratico consisteva poi in questo che mentre Garrigues, basato d'altronde anche sulle osservazioni di Ritgen e di Baudelocque, opinava che nella gastro-elitrotomia l'incisione della vagina dovesse cadere al *disotto dell'uretere*, invece Polk, guidato dalle sue ricerche e da' suoi esperimenti di operazione sul cadavere, riteneva che l'incisione dovesse cadere al *disopra dell'uretere*. Del resto il Garrigues, in un suo secondo scritto, si acconciò all'avviso di Polk, e dello stesso avviso si mostra il Ranney, per cui parrebbe assodato che essi non debbano cadere nel campo operativo, restando in basso ed all'indietro. Ed a questa conclusione sono portato io pure da un esperimento fatto già da qualche tempo sul cadavere di una puerpera recente. Come circostanza di fatto giova ad ogni modo notare ancora che in nessuno degli otto casi riportati venne leso l'uretere. Con quanto si è detto sin qui resta anche assodato come l'uretere non sia *entro il legamento largo*, come alcuni anatomici insegnano, e come quindi esso non lo segua nel suo progressivo innalzarsi nel corso della gravidanza. Noi sappiamo infatti come nella donna nullipara la base del legamento riposi da ciascun lato sul tessuto cellulo adiposo tra la vagina e la fascia retto

vescicale che copre la superficie superiore dell'elevatore dell'ano (Ranney), e come quindi il peritoneo si approfondi nella pelvi ai lati dell'utero. Invece nella gravidanza avanzata *i legamenti larghi anche nelle pelvi non deformi sono sollevati in alto in modo da essere intieramente al disopra della piccola pelvi* (Garrigues). Ciò spiega anche come da tutti sia stato trovato facile il distacco del peritoneo onde giungere alla vagina pur essa tirata in alto.

Che sieno state gettate delle basi serie, scientifiche e cliniche per questo atto operativo non è quindi più a dubitare come non è a dubitare che i più abbiano parlato su questo argomento senza una seria preparazione. Quanto al lato in cui debbasi eseguire la gastro-elitrotomia il Ritgen aveva consigliato il lato destro per la maggiore distanza fra il retto e la linea ileo-pettinea. Thomas e Skene praticarono la incisione a destra, mentre per altro Baudelocque aveva già dimostrato la possibilità di praticarla a sinistra, cosa di cui oggidì non è più a dubitarsi dopo gli esperimenti di Polk e dopo il caso di Hime. *L'aver fatto una volta la gastro-elitrotomia non può quindi considerarsi una controindicazione per la sua ripetizione.* La proposta di Budin di incidere il peritoneo anzichè scollarlo per la relativa innocenza delle lesioni peritoneali non mi pare accettabile anzitutto perchè anche in questo principio non bisogna esagerare e portarne troppo lontano le conseguenze, in secondo luogo perchè svisa troppo la base fondamentale dell' operazione che è quella di non ledere il peritoneo, e modifica un tempo dell' operazione riconosciuto da tutti di facile esecuzione senza portare conseguenti vantaggi.

Ciò ci conduce per naturale cammino a confrontare tra di loro le due serie dei processi operativi che si propongono entrambe di conservare il viscere gestante, l'una aprendo il peritoneo, l'altra evitando la lesione della sierosa. E nessun processo più logico di confronto che quello di seguire passo passo in ogni singolo tempo i due metodi operativi che nell'una e nell'altra serie paiono corrispondere meglio alle esigenze tecniche, scientifiche, cliniche, vale a dire la gastro-elitrotomia quale venne oggidì praticata ed il metodo di Sänger. Nella incisione delle pareti addominali, la gastro-elitrotomia ci si presenta come operazione più complessa: noi abbiamo numerosi strati muscolo-aponeurotici da attraversare, almeno la superficiale addominale da legare, mentre incidendo sulla linea alba non abbiamo che parti aponeurotiche. Nel metodo di Sänger si incide il corpo uterino nel suo terzo medio e sono

possibili emorragie gravi dai seni uterini, specialmente se la placenta è inserita nella superficie anteriore dell' utero, ma nell'applicazione del tubo di Esmarch abbiamo un facile e sicuro mezzo di emostasi profilattica, ed in ogni modo il campo operativo è più a giorno, più accessibile al chirurgo. Nella gastro-elitrotomia nella incisione della vagina s'incorre nel rischio di ledere la vescica o l'uretere, più facilmente la prima che non il secondo e si può avere emorragia dei rami arteriosi e dai plessi venosi che solcano o circondano la parte superiore della vagina. Col metodo di Sänger l'estrazione del feto è facile in ogni caso, nella gastro-elitrotomia può essere difficile e richiedere maneggi operativi speciali. Col metodo di Sänger l'operazione può essere di elezione ed essere eseguita in qualunque periodo del travaglio, nella gastro-elitrotomia è necessario che la bocca uterina sia dilatata o dilatabile. Il metodo di Sänger è un metodo generale applicabile cioè in tutti i casi, la gastro-elitrotomia soffre numerose controindicazioni: fra queste accennerò alla presenza di tumori in vagina, alla sua coartazione per tessuto cicatriziale, all' atresia dell' utero ed all' imbrigliamento per cicatrici del suo segmento inferiore, ai tumori pelvici della parete anteriore che spingono all'indietro la vagina verso il sacro. Che l' operazione eseguita da una parte impedisca di ripeterla dall'altra, come vorrebbe lo Statdfeldt, e che il profondo impegno del capo la controindichi come vorrebbe il Garrigues, a me non sembra.

Sinora i vantaggi sarebbero quindi a favore del metodo di Sänger, ma a carico di questo stanno l'apertura della sierosa e non tanto i pericoli derivanti dalla sua lesione quanto i pericoli provenienti dal raffreddamento della sierosa, dalla possibile fuoruscita delle anse intestinali, dal versamento primitivo o secondario di liquidi nel cavo peritoneale e dalla conseguente peritonite settica. Fino a qual punto possano evitarsi tali pericoli con un metodo corretto di operare e con un metodo razionale di sutura non è ancor detto, come non può ancora affermarsi fino a qual punto detti inconvenienti possono controbilanciare i vantaggi accennati. L'esperienza sinora acquistata è troppo scarsa per avventurare un giudizio sulle basi del metodo statistico.

Dai processi operativi inspirati al concetto della conservazione del viscere che siamo venuti esponendo in questo capitolo, abbiamo avuto i risultati che qui riassumo:

Processo operativo		N. dei casi.	Feto.	Madre.	Osservazioni.
Frank		1	salvo	morta	Era agonizzante per scottature.
Kehrer		2	salvi	1 morta 1 salva	
Sänger	Leopold	1	salvo	salva	
	Beumer	1	salvo	morta	Fibroma uterino. La donna era in corso di grave pielonefrite suppurativa.
Thomas		2	vivo	morta	Donna in art. mortis.
			vivo	salva	
Skene		3	prem.	morta	Erano precessi numerosi tentativi di liberazione e la donna era in stato di collasso.
			vivo	salva	Lesione della vescica.
			vivo	salva	Idem
Hime		1	vivo	morta	In gravissime condidizioni per cancro.
Edis		1	vivo	morta	In gravi condizioni. - Lesione della vescica.
Gillette		1	prem.	salva.	

Abbiamo quindi 13 casi con 7 donne morte, cioè la mortalità brutta del 53,84 %. Che se noi ci limitiamo a prendere in considerazione il processo di Sänger e la gastro-elitrotomia, e di questa limitazione ho già svolto le ragioni, allora abbiamo 10 casi con 5 donne morte e 5 donne salve, cioè la mortalità brutta del 50 %. Il numero dei casi, lo ripeto, è troppo piccolo per trarne deduzioni che non corrano il rischio di essere smentite all' indomani. Mano mano che si aumenta il numero dei casi se la mortalità può decrescere per la maggior pratica dell'atto operativo e per i perfezionamenti in esso introdotti può anche aumentare per la discesa nell'arringo di operatori inesperti ed inabili. Entrambi i processi si presentano ad ogni modo circondati da sufficienti

garanzie scientifiche e cliniche per meritare di essere messi nuovamente alla prova, data la indicazione. Il taglio cesareo non può e non deve essere un campo chiuso ad ogni altro metodo operatorio che non sia quello del Porro. Ogni feticismo è contrario al progresso scientifico ed il Porro stesso ha d'altra parte in due occasioni dato l'esempio di moderazione nello stabilire i limiti dell' atto operativo da lui ideato, nella sua memoria e nel congresso dei medici italiani tenutosi a Genova. In quali circostanze convenga, secondo il mio avviso, ricorrere ai processi demolitori, in quali altre ai processi conservatori lo vedremo passando in rassegna le indicazioni in base alle quali si procedette ad operare nei 140 casi da me riportati di amputazione utero-ovarica. Ad ogni modo non molti vorranno sottoscrivere alle affermazioni così assolute di Guillermet: « che ogni apertura » dell' utero debba essere seguita dall' ablazione degli organi ge- » nitali interni, perchè, pure ammettendo che i progressi della » chirurgia antisettica influenzeranno anche gli esiti del taglio » cesareo e che una buona sutura uterina, il drenaggio ed altre » misure miglioreranno le lugubri statistiche del passato, esso » non potrà mai rivalizzare coll' operazione di Porro, e ciò indi- » pendentemente dall' immenso vantaggio che procura quest' ul- » tima: *un bambino quasi sempre vivo, una nuova gravidanza* » *impossibile* (1). » Questo *immenso* vantaggio non avrà peso nelle considerazioni che verrò svolgendo perchè non è a dubitare che anche il taglio cesareo ordinario desse un bambino quasi sempre vivo e perchè la sterilità della donna, che per alcuni si risolve in un encomio per altri in un capo di accusa al metodo Porro, potrebbe ottenersi anche col metodo classico ad imitazione di Lungren, ovvero coll' ablazione delle ovaie aumentando di poco i rischi dell'atto operativo. *(Continua).*

---

(1) *L'opération de Porro.* — *(Revue médicale de la Suisse romande,* 1881, N. 4 e 5).

CONTRIBUTO

ALLA CURA CHIRURGICA DEI TUMORI SOLIDI DELL'UTERO

E CISTICI DELLE OVAJA

del Dott. PAOLO NEGRI

Professore e Direttore della Scuola Pareggiata di Ostetricia in Novara

---

La presente pubblicazione ha bisogno di essere giustificata: ad alcuni, a molti anzi potrebbe sembrare superflua in oggi che la laparotomia è ormai alla portata comune specialmente da quando la medicazione antisettica la rese assai meno pericolosa. Ciò non ostante io mi credo autorizzato a far pubblici i due casi clinici nei quali mi imbattei, a pochi mesi di distanza, nel corso dell'anno 1883; e le ragioni sono le seguenti: per isfuggire alla taccia di pubblicare solo i casi fortunati (1) accusa parecchie volte veramente fondata e che porta in conseguenza profonde alterazioni nei risultati statistici, credo mio dovere di dare relazione del primo caso: per segnare ai pratici una non molto frequente associazione di forme morbose, ed un non comune andamento consecutivo all'atto chirurgico, non credo affatto inutile riportare la seconda osservazione: infine questo scritto servirà a dimostrare che sebbene sprovvisto di una Clinica ginecologica o di uno speciale compartimento spedaliero, tuttavia continua in me

---

(1) Si veda: *Due nuovi casi di taglio cesareo susseguito dalla amputazione utero-ovarica.* (*Annali di Ostetricia*, ecc., novembre-dicembre 1881). — *Di una ovariotomia precoce*, ecc. (*Annali di Ostetricia*, ecc., ottobre-novembre 1882).

l'amore per questa importante e bellissima branca della medicina, quantunque ciò mi riesca di sacrificio personale e pecuniario non lieve.

Osservazione I.

Sommario : Nullipara, di 37 anni, maritata — Emorragie gravissime ricorrenti da fibromi multipli del corpo dell'utero — Insufficienti le cure mediche — Laparotomia ed escisione del corpo uterino — Peduncolo fissato all'angolo inferiore della ferita addominale — Peritonite settica — Morte al cadere del 3° dì.

La signora Luisa G. maritata S. di Mortara, di anni 37, senza figli, fu il soggetto di questa prima osservazione. Nulla di speciale s'ebbe a notare nella prima gioventù: fu mestruata per la prima volta verso il 14° anno di età e non ebbe mai a notare in riguardo a questa funzione alcunchè di anormale prima dell'epoca in cui si iniziò il male presente.

I disturbi che possono aver interesse con la presente osservazione datano da circa 3 anni ed ebbero per segno principale, dapprima un abnorme durata della mestruazione, con copiosa perdita di sangue dai genitali, più tardi in uno alle profusissime perdite, la comparsa di una tumefazione in corrispondenza delle ime regioni dell'addome: a tutto ciò si aggiunga una marcata debilitazione dell'intero organismo legata interamente alla perdita di sangue, scadimento che avea il suo maximum nella ricorrenza mestruale. Nel frattempo non si lasciarono intentate le cure appropriate da parte dell' egregio curante Dott. Enrico Sommi, ed anche per consiglio del Prof. Luigi Mangiagalli che ravvisava le smodate perdite strettamente legate alla presenza di un voluminoso fibroma uterino, furono tentate con costanza le iniezioni ipodermiche di ergotina, continuando sempre nella cura tonico-ricostituente: ma il beneficio che da questa si traeva lentamente trovava una causa di rapidissima perdita nelle successive e profusissime mestruazioni. Nulla meraviglia pertanto che sorgesse nella mente stessa della ammalata il pensiero che valesse meglio il tentare con una cura radicale di togliere la causa della sua lunga e grave malattia.

Quando io la vidi per la prima volta nel febbraio 1883 ecco in quali condizioni generali e locali si trovava la signora G. Di sta-

tura bassa, con scheletro atrofico, con nutrizione generale scaduta sebbene non mancasse un certo sviluppo di adipe sottocutaneo: pallide specialmente le mucose buccali e labiali. L'esame degli organi toracici e quello del fegato e della milza nulla riscontrava di abnorme, tranne un certo grado di ingrandimento di quest'ultimo viscere (regione malarica da circa 13 anni abitata dalla paziente).

Attraverso le pareti addominali riesciva facile il palpare un corpo regolarmente ovoideo, duro, sul quale la risonanza era affatto vuota; tale corpo stava perfettamente nella parte di mezzo della regione addominale inferiore ed arrivava con il suo contorno superiore a circa due dita trasverse al disopra della cicatrice ombelicale. Godeva di una certa mobilità se spostato da un lato all'altro, ma facendo la palpazione del suo estremo volto in basso verso lo stretto superiore della pelvi, dava la sensazione di essere qui come fortemente fisso. Non era dolente alla pressione, o solo lievemente sotto una forte pressione; uniformemente teso, duro, in nessun luogo fluttuante.

Per la vagina il dito introdotto poteva subito persuadersi che la porzione sottovaginale del collo uterino era in diretta relazione con il tumore che si sentiva attraverso la parete addominale e ciò sia per il modo con cui l'uno si continuava con l'altro, sia per i rapporti che passavano fra l'uno e l'altro qualora opportunamente fossero impressi dei movimenti: restava a tutto il tumore un certo grado di mobilità, specialmente nel senso verticale; pareva pure al dito esplorante che la porzione sopravaginale del collo uterino non fosse ancora interamente occupata dal tumore; l'esame con la sonda venne pretermesso in quel primo giorno perchè non assolutamente necessario per formulare la diagnosi in tale caso. È bene ricordare che si notava un certo grado di flessione del collo sul corpo uterino, per cui quello riusciva portato all'indietro e la esterna bocca direttamente voltata contro la parete vaginale posteriore. Dall'utero colava qualche goccia di sangue nerastro leggermente fetente. Per questo fatto si raccomandò alla donna frequenti irrigazioni vaginali con acqua fenicata. Per la guarigione del male si propose, atteso il grande volume del tumore e la non probabile compartecipazione del collo uterino sopravaginale, l'amputazione sopravaginale dalla via addominale.

La proposta venne accettata e l'atto operativo eseguito il 28

aprile in Novara in una privata abitazione. Diciamo subito che al momento dell'atto operativo di poco erano cambiate le condizioni locali e generali della paziente; solo il tumore s'era alquanto ingrossato, e la porzione sottovaginale dell'utero non presentava più quel grado di flessione che era stato riscontrato al primo esame.

L'atto operativo venne preceduto, accompagnato e seguito dalle norme della *più stretta antisepsi listeriana*, si fece uso del polverizzatore prima e durante la prima parte dell'atto operativo; s'era provveduto al riscaldamento dell'ambiente e si erano attuate tutte quelle pratiche che tanta importanza hanno nella laparotomia.

La parete addominale fu incisa sulla linea alba da un dito trasverso al disopra della sinfisi del pube fino a circa 2 dita al disopra della cicatrice ombelicale lasciando questa a destra: il tumore, solido, subrotondo, fu trovato privo affatto di aderenze; la sua estrazione riuscì un po' stentata per i seguenti fatti: forma del tumore terminante a segmento di sfera anche nel suo polo inferiore là ove si continuava con il collo uterino, rigidità delle poco distese pareti addominali, spessezza di queste data specialmente da una raccolta abbondante di adipe nel tessuto sottocutaneo. Tuttavia l'estrazione fu soltanto stentata ma non veramente difficile; essa fu compiuta mediante l'impiego della mano e delle pinze uncinate.

Estratto il tumore o meglio il corpo uterino completamente invaso da quello, si tentò la legatura segmentata dell'artificiale peduncolo (porzione sopravaginale del collo) con seta dapprima, con un tubo elastico poi, ma sempre con insuccesso: ragione per cui si ricorse al costrittore serranodo di Cintrat con il quale si ottenne valida costrizione; fu giuocoforza però far cadere il laccio immediatamente al disopra delle ovaje per il fatto che queste anzichè ai lati del tumore ed un po' in alto se ne stavano cacciate in basso, e troppo per poter essere comprese in un unico cingolo. La amputazione sopra il laccio riuscì esangue; si può calcolare tutto il sangue perduto dalla donna durante l'atto operativo alla quantità di circa 100 grammi. Il peduncolo così formato, piuttosto grosso, fu fermato all'angolo inferiore della ferita; al disopra del laccio fu collocato trasversalmente un robusto ago di acciaio; il costrittore fu tolto immediatamente: fu pulita la cavità peritoneale con le solite norme e chiusa poi la ferita con 12 punti di sutura nodosa con seta, il peritoneo compreso.

L'atto operativo fu compiuto durante la completa cloronarcosi, s'ebbe a notare solo vomito di ingesti ne' primi momenti, conseguenza questa dell'esser stati trasgrediti gli ordini assoluti dati in proposito all'ammalata ed ai suoi famigliari.

Mi coadiuvò direttamente il cav. Dott. Pietro Panzeri di Milano: condusse ottimamente la cloronarcosi il Dott. Gaetano Fara, medico primario nell'Ospedale Maggiore di Novara ed assistente alla Scuola di Ostetricia; erano presenti i signori Dott. E. Martelli, D. Squarini dello Spedale di Novara, E. Secchi di quello di Milano, G. Mangiagalli, E. Sommi di Mortara. Il tempo impiegato dal principio della cloroformizzazione al termine della medicazione di poco passò l'ora.

Alle speranze che poteano trarsi dall'andamento dell'atto operativo non tenne dietro l'evento. È inutile che qui io riporti minutamente, la breve diaria; — noterò solo le cose più importanti.

28 aprile, ore 3,10 (subito dopo l'atto operativo). P. 100, T. 37, si pratica una iniezione ipodermica di morfina.

Ore 8 pom. T. 37,5. P. 104, emise 4 volte spontaneamente l'urina; il dolore che dapprima accusava al ventre va cedendo, non vomitò.

29 aprile, 8 ant. T. 38,7. P. 120 Non dormì nella notte, qualche colpo di tosse e durante questo l'operata avvertì dolori alle regioni inferiori del ventre, che per nulla è disteso. — Nella notte però vomitò due volte.

2 pom. T. 38,7 — P. 108
8 pom. » 39,4 — » 120 — R. 24.

A sera continuando i dolori si pratica una iniezione ipodermica di morfina. Il ventre è un po' disteso nei quadranti inferiori, poco dolente alla pressione.

30 mattina, 8 ant. T. 38,9 — P. 128 — R. 32.

Dalle 10 pom. del 29 alle 3 ant. del 30 dormì dopo la injezione ipodermica, il vomito non si ripetè, il meteorismo è ancora stazionario, le forze però sono scadute.

2 pom. T. 38,3 — P. 132 — R. 36

Il meteorismo è in aumento, ma ancora modico, — il dolore è quasi circoscritto nel quadrante inf. sinistro. Si rinnova la medicazione e si constata la ferita ed il peduncolo nelle identiche condizioni nelle quali erano il giorno dell' atto operativo. Si ripete la injezione ipodermica e si dispone tutto per la lavatura del peritoneo da praticarsi nel mattino successivo.

1° maggio. — Nella notte con l'aggravamento di tutti i disturbi le forze sono fortemente scadute ed al mattino alle 8 la operata è già nel periodo preagonico. — Muore alle 11 ant.

Non fu praticata la autopsia.

Il corpo uterino asportato pesa grm. 1450. Risulta quasi unicamente da un voluminoso fibroma interstiziale della parete anteriore — sulla parete post. a destra si riscontrano altri cinque piccoli fibromi, alcuni pure interstiziali, altri sottosierosi. Il cavo uterino assunse la forma falcata, a convessità posteriore ed è grandemente allungato.

Brevissime considerazioni farò seguire. La diagnosi in tale caso non offerse e non poteva offrire serie difficoltà: ben ponderati i disturbi chiaramente accusati dalla donna, l'andamento della malattia ed i segni offerti allo esame si poteva senz'altro emettere la diagnosi di tumore uterino, e precisamente di fibroma. Voglio solo fermarmi un momento sopra il reperto che dava la palpazione praticata attraverso le pareti addominali in corrispondenza dell' ingresso pelvico, la *impossibilità cioè di poter sollevare il tumore e di poter introdurre la mano fra questo ed il pube*, segno sul quale insiste giustamente lo Spencer Wells.

In riguardo all'atto operativo giova notare l' insuccesso avuto dalla legatura segmentata del peduncolo sia con la seta che con il tessuto elastico: infine la situazione speciale delle ovaja cacciate lateralmente in basso, e che sarebbe stato difficile il poter asportare qualora in luogo della completa estirpazione del corpo uterino si fosse seguita l'altra via, la ovariotomia normale. Dobbiamo infine accennare che obbligati a lasciare le ovaja al disotto del laccio metallico, preferimmo conservarle piuttostochè estirparle, non essendoci sembrata tale operazione in questo caso speciale, affatto semplice, nè facile, nè assolutamente indicata.

In riguardo all'esito finale noi avemmo un insuccesso: nella prognosi dell' atto operativo in tre fatti potevamo trovare la causa della morte: 1° nella emorragia; 2° nel collasso; 3° nella infezione primitiva o secondaria.

Il primo e secondo accidente venivano grandemente a pesare nel pronostico attese le generali condizioni, e tuttavia potemmo evitarli; contro la infezione abbiamo fatto quanto in noi era abituale e con esiti felici, e tuttavia una peritonite settica ci tolse la operata; e questo ci costrinse una volta di più ad ammettere che l'antisepsi, anche rigorosa, può talvolta non garantire in modo assoluto dalle forme infettive.

Osservazione II.

Sommario: Nubile — multipara. — Cistoma bilaterale delle ovaja — tumori fibrosi multipli dell'utero, tra i quali uno voluminoso del fondo. — Ovariotomia doppia ed amputazione sopravaginale dell'utero. — Guarigione.

Clementina Amadini di Castellucchio (Prov. di Mantova) è il soggetto di questa seconda osservazione. Conta 44 anni, è ancor celibe, non sofferse mai malattie di rilievo. Fu mestruata per la prima volta a 12 anni e sempre regolarmente fino al gennaio 1883. La ammalata fa il seguente racconto del presente male: nel 1875, una sera coricandosi si accorse che alla fossa iliaca sinistra si poteva palpare un corpicciuolo mobile, indolente del volume di una avellana: non pensò più che tanto a questo fatto non avendone incomodo alcuno; molto tempo dopo in causa di gravi disturbi di stomaco chiamò un pratico, il quale la avvertì della presenza di un corpo del volume di una arancia collocata nella regione della fossa iliaca sinistra, ma ciò si fu solo nel 1879; in seguito alle parole del medico la Amadini si ricordò della scoperta da lei fatta per la prima volta nel 1875. Dal 1879 il tumore continuò a crescere lentamente fino al principio del 1883, rapidamente da quest'epoca al settembre — nell' ingrandimento del ventre notava la ammalata che questo si espandeva un po' irregolarmente e cioè maggiore era il volume nella metà di sinistra. È dal principio del 1883 che la mestruazione subì notevoli modificazioni consistenti in ciò: la perdita di sangue veniva a prodursi due e perfino tre volte per ogni mese, ed assumeva ogni volta la forma di vera emorragia: sempre si mantenne indolora. L'esame non rivelava alterazioni importanti agli organi dell'addome e del petto, eccezione fatta per un catarro cronico bronchiale non molto intenso.

Il ventre richiamava l'attenzione per il suo volume: circonferenza addominale al bellico ctm. 105; distanza dalla spina iliaca ant.-sup. destra al bellico c. 23, idem a sin. 31. Tutta la regione occupata dal tumore che si presentava irregolarmente globoso con limite superiore descrivente una linea a convessità superiore, era ottusa alla percussione, ovunque fluttuante ma non uniformemente.

Notabile assai l'esame per la vagina. Due fatti colpivano chi praticava il riscontro: il primo consisteva nel grandissimo allungamento della vagina, il secondo nel sentire una gran parte dello scavo pelvico occupato da una tumefazione elastica, oscuramente fluttuante che dalla regione sinistra della pelvi si prolungava in basso e posteriormente fino a pochi centimetri dall'ostio vulvare. La vagina era allungata e stirata marcatamente a destra ed all'avanti: con grandissimo stento (anche darante la cloronarcosi) l'indice ed il medio riuniti potevano sfiorare la bocca uterina che veniva piuttosto indovinata di quello che riconosciuta ai caratteri propri, in causa della grande elevazione: combinando la esplorazione con il palpamento addominale fatto nella destra metà dell'addome si potea persuadersi che in questa parte stava cacciato il corpo uterino considerevolmente ingrandito e poco mobile (1).

Date queste condizioni era materialmente impossibile la misurazione del cavo uterino.

Quale diagnosi potea portarsi in conseguenza? La presenza di un cistoma ovarico partente dagli annessi di sinistra era storicamente e staticamente certa: inoltre l'ammettere che una parte del tumore avesse preso rapporti o solo di posizione od anche per mezzo di legami più o meno stretti con la sinistra metà della pelvica escavazione era pure ovvio: i dubbi si riferivano tutti all'utero. Era questo viscere aderente al tumore e da questo trascinato fuori nella pelvi e portato nel cavo addominale? Oppure questo viscere fortemente ingrandito abbandonava spontaneamente la pelvi per trovare un conveniente luogo al suo maggiore volume nel cavo addominale? O finalmente la porzione del tumore ovarico sviluppatosi nella pelvi aveva semplicemente scacciato in alto il viscere uterino?

---

(1) Questo esame fu fatto assieme al Dott. G. Chauvenet.

Tutte queste differenti ipotesi poteano spiegare razionalmente i fatti; ma per noi la seconda era quella che maggiormente ci persuadeva: ed infatti oltre ai cambiati rapporti dell' utero noi dovevamo anche pensare ai disturbi funzionali che da circa nove mesi si notavano nella mestruazione, dovevamo anche ricordare che in coincidenza a questo fatto la donna avvertiva rapidissimo l'aumento di volume del ventre, mentre prima sempre lentamente s'era compiuto. A rendersi ragione di tutto noi ammettemmo che contemporaneamente al tumore ovarico di sinistra esistessero uno o più fibromi uterini i quali, ci pareva, sarebbero stati capaci di mettere in mostra quei cambiamenti statico-funzionali che riscontravamo nella paziente.

Un ultimo punto lasciava non ben chiarito il pronostico; la possibilità o meno di poter completamente asportare la cisti e precisamente la porzione di questa che profondamente era nicchiata nella pelvi: se aderenze invincibili si fossero qui presentate era da noi prestabilito di cucire questa inferiore porzione alla parte inferiore della ferita addominale, e di ottenerne la guarigione per la via suppurativa.

Tali erano i fatti, tali le nostre idee allorquando la donna si presentò domandando l'atto operativo.

L'atto operativo fu praticato il 10 ottobre alle ore 11,20 ant. nello Spedale di Zevio nel quale avea fatto ricoverare la donna a mie spese.

Esso fu condotto impiegando le più strette cautele antisettiche usando del polverizzatore a vapore per tutta la durata dell'atto operativo, la donna essendo nella completa narcosi cloroformica: durò poco meno di un'ora e mezzo compresa anche la medicatura: mi coadiuvò direttamente il Dott. cav. Carlo Gregori, diresse egregiamente la cloroformizzazione il Dott. Roberto Massalongo: il cloroformio fu fatto inalare mediante l'apparecchio di Junker e la quantità impiegata fu di grm. 35 (1).

Spaccate le pareti addominali sulla linea mediana per un tratto di 12 centimetri partendo tre dita trasverse circa al disopra del margine superiore della sinfisi pubica, si presentò subito il tumore

---

(1) Molti colleghi ed amici vollero esser presenti all'atto operativo: ricordo qui i dottori Scudellari, Parisi, Benini, Chauvenet, Mosconi, Salmasi, Colognato, Comini, Storari di Verona, A. Benoni di S. Martino, Asquini e Biasioli di Zevio, Duse e Zermann di S. Giovanni.

cistico, offerente nel campo della ferita una parete riccamente vascolarizzata: spiccavano fra gli altri vasi due vene decorrenti trasversalmente, del volume pressochè del dito mignolo; punte ed incise successivamente le varie cisti numerosissime e relativamente poco capaci, servendomi a preferenza del coltello e poco del trequarti, fu facilmente estratta la massa appartenente al tumore ovarico che partiva dagli annessi di sinistra: mancavano le aderenze parietali, solo se ne incontrarono non molto estese e poco tenaci con un tratto del tenue intestino e con il mesenterio, ma il solo dito riuscì a sciogliere facilmente. Bisogna avvertire che la porzione del tumore che si esplorava per la via vaginale e che profondamente si insinuava nello spazio del Douglas, era costituita da una cisti di mediocre grandezza e che con la tazza pelvica non avea contratto aderenza, in guisa che con la demolizione del cistoma di sinistra anche quella appendice era scomparsa. Legato provvisoriamente il largo peduncolo si passò all'esame dell'addome e si riscontrò questo ancor occupato nella destra metà da un voluminoso tumore che dall' utero si portava fino nella concavità del fegato: la sua durezza, le sue relazioni con l'utero ben presto fecero ravvisare il sospettato ed aspettato fibroma, riconosciuto il volume si vide subito la impossibilità di poter rimoverlo senza ingrandire la già fatta apertura addominale: la incisione prolungata in alto ed a sinistra della cicatrice ombelicale venne così a misurare 18 ctm. Il tumore fu estratto con bastante facilità e con esso venne all'esterno anche il cistoma dell'ovaio destro del volume di circa un grosso pugno. Il tumore solido avea aderenze con il grande omento: furono tolte previa legatura perduta (due). In corrispondenza dell' istmo uterino fu collocata un'ansa metallica stretta poi con il serranodo costrittore di Cintrat, e fu amputato con il corpo uterino anche il cistoma di destra. La demolizione del cistoma di sinistra e quella dell'utero col cistoma destro richiesero complessivamente 30 minuti. Non si può parlare di emorragia essendòsi solo perduto qualche gramma di sangue durante l'atto operativo. Si procedè ad una *pedante* pulitura del peritoneo e poi si passò alla consueta chiusura della ferita con punti di sutura nodosa (seta) impegnando nell'angolo inferiore della ferita il peduncolo uterino ed il peduncolo ovarico, cospargendo questi e la ferita di jodoformio, trafiggendo il peduncolo uterino con robusto ago di acciaio. Medicatura listeriana.

Esame delle parti asportate. Il tumore dell'ovaio sinistro è un consueto cistoma; le cavità cistiche sono numerosissime (poco meno di una cinquantina) e presentano varie grandezze; il contenuto è pure vario e mentre alcune contengono liquido citrino filante, altre invece se incise lasciano scorrere liquido limpido come acqua e tenue: fra le altre se ne nota una contenente *peli* e *neoformazioni ossee*, e ciò fra discreta copia di *sevo*. Il cistoma pesa complessivamente (parte solida e liquida) chil. 7. La grande massa solida è quasi esclusivamente data da un grande tumore fibroso, subsferico e svoltosi dal fondo uterino; il corpo uterino di poco ingrandito contiene nel suo spessore numerosi e piccoli fibromi, e nella sua cavità un piccolo polipo mucoso della grandezza di una piccola ciliegia. La *cavità uterina non è aumentata in lunghezza*. Il tumore solido pesa grm. 2100. Nulla di speciale offre all'esame il cistoma di destra.

In due periodi è mestieri dividere il tempo decorso dal momento dell'atto operativo alla completa guarigione: il *primo periodo* comprende i primi 19 giorni. Ecco qui succintamente narrati i fatti:

10	s.	92	37	20	vomito insistente, injezioni di morfina.
11	m.	100	38	20	
	s.	102	38.1	28	
12	m.	102	38.3	28	urine verdastre, vomito in diminuzione — nessun dolore all'addome.
	s.	100	38.4	20	
13	m.	88	37.3	24	
	s.	98	38.4	20	
14	m.	88	37.8	24	
	s.	98	37.9	20	
15	m.	78	37.8	16	
	s.	84	38	20	
16	m.	94	37.6	20	
	s.	84	37	20	

17	m.	100	37.6	20
	s.	92	37.4	20
18	m.	94	37.7	10
	s.	92	38.2	20
19	m.	92	37.5	20
	s.	92	37.6	20

20, 21, 22, 23 — Continua sempre l'apiressia — in 10ª giornata si tolgono tutti i punti — in 13ª cade il laccio metallico. Il peduncolo uterino ed ovarico sono completamente mortificati e gli stralci si escidono.

24, 25, 26, 27, 28 — Medicazione al jodoformio. — Non rimanendo che uno stretto seno fistoloso sul fondo del quale non si nota che qualche porzione di tessuto uterino mortificato, si permette alla donna in 19ª giornata di abbandonare il letto.

Il *secondo periodo* parte dalla 20ª giornata:

29	s.	5 pom.	90	38.5	24	brivido.
		7 »	94	39	24	
30	m.		84	37.8	24	chinino grm. 1.
	s.		84	38	24	
31	m.		88	37.3	21	Idem.
		4 »	94	39	24	
Novembre						
1	m.		88	37.6	24	Idem gr. 0,75.
	s.		92	38.7	24	disinfezione energica dell' infundibolo con acido fenico sciolto nell'alcool.
2	m.		80	37.5	24	Chinino gr. 0,75.
	s.		88	38.3	24	
3	m.		72	37.1	20	
	s.		84	38.4	24	

4	m.	75	38.3	24	
	2 pom.	—	39	—	
	7 »	—	39.5	—	
5	m.	—	38.	—	
	12 mer.	brivido	—	—	Brivido.
	4 pom.	96	39.3	—	
	8 »	—	38.6	—	
6	7 ant.	—	37.4	—	Brividi ripetuti, alcuni della durata di 1 ora.
	12 »	—	38.7	—	
	7 pom.	—	39.1	—	Dimagramento considerevole della donna — nulla all'esame dell'intero corpo.
	8 »	—	38.7	—	Si passa un *grosso tubo* a drenaggio per il seno fistoloso risultante dal ristretto infundibolo attraverso la porzione di collo ancora rimasta, fino in vagina. — Si praticano irrigaz. fenicate ogni due ore.
7	m.	—	38.6	—	
	s.	—	39.2	—	
8	m.	—	39	—	Jeri ebbe ancora brividi ma di corta durata.
	s.	—	38.5	—	
9	m.	—	37.8	—	Nessun brivido.
	s.	—	39.4	—	
10	m.	—	37.2	—	
	s.	—	39.2	—	
11	m.	—	37.7	—	
	s.	—	39.3	—	
12	m.	—	37	—	Nessun brivido.
	s.	—	38.2	—	

Dal 13 in poi assolutamente apiretica — si leva il tubo a drenaggio; la donna abbandona il letto ed in pochi giorni lo impiagamento è completamente cicatrizzato.

Notizie epistolari della operata, avute il 30 dicembre, fanno constatare una permanente e completa guarigione.

La lunga osservazione mi esonera da considerazioni; è notabile solo il fatto della comparsa di fenomeni settici dopo il 20º dì, originati dai residui del moncone uterino, non ostante che per *tutta la durata della cura, l'infundibulo venisse giornalmente colmato di jodoformio.* Di fronte agli accessi febbrili preceduti da brividi, e contro i quali impotente si mostrava il bisolfato di chinina, noi ci credemmo in dovere di agire localmente in modo piuttosto attivo e non avemmo che a lodarci della collocazione del tubo a drenaggio, il quale togliendo quella specie di cul di sacco che rimaneva al fondo dell' infundibulo ci permetteva una disinfezione completa ed assai facile.

Riguardo poi alla diagnosi noi rimanemmo soddisfatti confrontando quello che ci aspettavamo di trovare con quello che in fatto si ebbe a toccare: a noi sembra che il fatto clinico abbia un certo valore per la non rara ma neppur frequente associazione (1)

---

(1) Fra le complicazioni varie delle cisti ovariche amo di brevemente ricordare i seguenti tre casi che mi si presentarono alla osservazione nel corso di quasi un quinquennio. Il *primo* riguardava una gravida accolta nella Maternità milanese nel corso del 1880; portava una cisti partente dal corno sinistro dell' utero del volume di una testa di adulto; la gravidanza decorse affatto normalmente: la diagnosi però di cisti ovarica e gravidanza non potè essere portata con sicurezza che dopo il parto; questo si compì affatto secondo norma: il feto nacque vivo e fu espulso per il vertice: il puerperio fu normale e la operata abbandonò la Clinica, rifiutando la proposta ovariotomia, in buone condizioni. — Un *secondo* caso pure osservai in detta Maternità: era la gravida segnata con il numero progressivo 200 del 1882; quello che richiamava l'attenzione era il grande volume del ventre (circonferenza a livello del bellico ctm. 108, massima fra bellico e sinfisi 109), e la respirazione piuttosto affannosa. La diagnosi di gravidanza complicata da cisti paraovarica fu relativamente facile: ne' quadranti sinistri si potè infatti percepire con facilità il battito cardiaco fetale, e con la esplorazione vaginale si trovava rammollato il collo, permeabile al dito il canale cervicale e raggiungibile l'uovo, attraverso le membrane del quale si sentiva fisso il capo fetale: contemporaneamente a ciò tutto il campo addominale era occupato da da una grande bisaccia molliccia, manifestamente fluttuante e che lasciava percepire distinta la ondulazione in tutti i sensi ed in tutto lo spessore; tale grande massa si sarebbe sviluppata in due anni circa, e la donna provava serii disturbi

dei tumori ovarici e fibrosi dell'utero e sulla quale non si parla da gran parte degli autori.

Prima di smettere mi è cosa grata di rivolgere pubblici ringraziamenti ai Dottori cavalieri Pietro Panzeri di Milano e Carlo Gregori di Verona, per l'efficace aiuto prestatomi durante gli atti operativi, ed ai Dottori Biasioli e Schena di Zevio per le intelligenti e premurose cure offerte alla seconda operata.

---

solo da alcuni mesi, quando si aggiunse a questo, l'altro tumore fisiologico l'utero gravido. Tenuto conto degli speciali segni trovati all'esame della cisti e segnatamente delle sottili pareti, della tenue natura del liquido, della nessuna tensione del tumore si portò diagnosi di cisti paraovarica.

La donna era stata accolta il 23 agosto; il successivo 25 essendosi fatto più inceppato il respiro, si punse il tumore sulla linea mediana con sottile trequarti munito di tubo elastico che pescava in una catinella contenente dell'acqua — in un'ora e $^3/_4$ si estrassero 10 litri di un liquido *limpido come acqua*, con PS. 1007 contenente pochissima albumina e non paralbumina. Svuotata la cisti l'utero si portò subito sulla linea mediana e la circonferenza massima a livello del bellico si trovò ridotta a 96 ctm. Il diametro longitudinale dell'utero era di ctm. 21. — Nessuna conseguenza s'ebbe a notare: la donna in pochi giorni abbandonò il letto ed il 17 ottobre anche la Clinica, poichè il suo stato era di tanto migliorato da permetterle di non attendere neppure il termine della gravidanza.

Nei pochi giorni scorsi dall'atto operativo non si notò riproduzione del liquido. Il *terzo caso* infine riguarda una contadina da me veduta nell'ottobre 1883 in Colognola (Prov. di Verona). La cisti che avea tutti i caratteri di quelle paraovariche, e che datava almeno da 15 anni, era stata punta una volta; la donna era rimasta *gravida quattro volte* nel decorso di questi 15 anni e non ne aveva mai risentito danno alcuno; anzi non era il volume dell'addome quello che richiamava ora la sua attenzione, bensì una perdita di sangue intermittente ma abbondante che da circa 8 mesi la tormentava, e che da 2 mesi la obbligava a letto: lo stato generale era assai grave per la spiccata oligoemia. L'esame *per vaginam* rendeva subito ragione del fatto: una degenerazione carcinomatosa del collo uterino si poteva facilmente diagnosticare. — Che fare? — Altra via non rimaneva che aprire il ventre ed asportato il tumore ovarico (prob. paraovarico), passare all'estirpazione dell'utero alla Freund; ma troppo gravi invero erano le condizioni di quella meschina per potere con fondata speranza passare a quella grave mutilazione; probabilmente la donna sarebbe morta prima che l'atto operativo fosse stato portato a termine; ragione per cui la chirurgia si dichiarò impotente.

R. Istituto Clinico-Ostetrico e Ginecologico di Roma
diretto dal Prof. Cav. E. PASQUALI

BOLLETTINO TRIMESTRALE

REDATTO
dal Dott. ARTURO BOMPIANI
Ajuto clinico.

N. 2. — Anno scolastico 1882-83.

OSTETRICIA

Nel secondo trimestre Febbraio, Marzo ed Aprile 1883 si sgravarono donne 211

I prodotti del concepimento furono:

Unici	208
Multipli	3
I feti nacquero maturi	183
» prematuri	25
» abortivi	6
	214

Partorirono in dorso a sinistra.		Dorso a destra.	P. Indeterminata.		Totale.
Presentazione cefalica	137	47	0	=	184
» pelvica	5	1	1	=	7
» trasversa	2	0	1	=	3
Presentazioni e posizioni indeterminate					14
					208

Le presentazioni cefaliche	furono	in rapporto	dell'	88,51 %
» pelviche	»	«		3,36 %
» trasverse	»	»		1,44 %
Le posizioni in dorso a sinistra	»	»		69,23 %
» » destra	»	«		23,07 %

Gli atti operativi furono 30:

Applicazione di forcipe	15
Versioni ed estrazioni manuali	3
Estrazioni manuali semplici	5
Craniotomie	3
Provocazioni di parto prematuro . . .	4
	30

Parti gemelli.

I. Aprile. N. 214. — IVpara, d'anni 31. — Gravida al 262 giorno. — Ventre disteso da molto liquido. — Resistenza in ambo i lati del ventre; due linee pulsanti ascendenti dal pube verso i due ipocondrî con massimo d'intensità nei due quadranti inferiori. — Nè eredità nè gemelliparità nei parti precedenti. — Regolari e facili i periodi di dilatazione del collo e di espulsione di due feti in presentazione del vertice in prima e seconda posizione. — Spontaneo il secondamento. — I feti sono maturi e di sesso differente. — Le placente aderiscono per i loro margini, l'apertura delle membrane è centrale in un uovo e marginale nell'altro che hanno distinti i proprii chorion ed amnios. — Emorragia profusa dopo il secondamento ed anemia acutissima grave con perdita della coscienza e minaccie di vita. — Le inalazioni di etere amil nitroso, fanno riacquistare i polsi. — Puerperio morboso per bronchite. — Guarigione. — Su questo e sopra un caso di aborto ove l'anemia era minacciante dell'esistenza ho riferito in una comunicazione all'Associazione Laucisiana degli Ospedali di Roma, l'azione immediata rivificatrice dell'etere amil nitroso, superiore per prontezza ed energia alle iniezioni ipodermiche di etere solforico (1).

(1) Bollettino dell'Associazione Lancisiana degli Ospedali di Roma, 1883.

II. N. 246. — VIpara, d'anni 29. — Gravida a termine prima sempre unipara. — Dei due feti il primo fu espulso in O. I. S. A., il secondo presentava la spalla sinistra, dorso anteriore e testa nella fossa iliaca destra. Di questo l'espulsione avvenne per *versione spontanea* rialzandosi il capo e la spalla ed impegnandosi la pelvi.

III. N. 260. — Vpara, d'anni 28. — Nè eredità nè gemelliparità precedente. — Gravidanza a termine. — Dei due feti il primo si ebbe per estrazione manuale da presentazione S. I. D. A.; il secondo per forcipe in O. I. S. A. (Vedi *Forcipe,* XIII). — Placente distinte, ovi separati. Feti nati vivi maturi di sesso diverso Emorragie dopo il secondamento, frenate con irrigazioni di percloruro di ferro in cavità dell'utero. — Febbre settica in puerperio. — Guarigione.

In questo trimestre i parti gemelli sono all'1,44 %. Notisi che in tutti e tre i casi mancava la eredità e l'abitudine dei parti precedenti, mentre tutte tre erano multiple a pareti ampie e con poca tonicità uterina come mostrano le gravi emorragie post partum in due casi. Di più i feti, sempre di sesso differente, erano in uovo solo aventi rapporto di contatto. Potrebbe in questi casi la gemellarità ascriversi alla pluriparità delle donne? In esse forse le cavità uterine ampie, hanno permesso con più facilità la fecondazione contemporanea o successiva a breve distanza di due ovi, che hanno preso diversa sede nell'utero, come è dimostrato dalle aperture differenti centrale e marginale riscontrate nelle membrane.

Forcipi.

Febbraio. I. N. 74. — IIpara, d'anni 36. — Pelvi schiacciata al primo grado. — Dist. sp. 245; Cr. 280; C. est. 180; C. diag. 110. — Struttura schelettrica e forme virili. Anche il primo parto fu compiuto con il forcipe. Dopo 12 ore di soprapparto e la dilatazione del collo completa, la testa in O. I. S. P. è ancora mobile sopra lo ingresso. Rottura artificiale delle membrane. La testa si impegna ma non discende. — Dopo due ore di tali condizioni applicazione del lungo forcipe Taylor al disopra dello ingresso; sotto forti trazioni lo strumento lascia presa. Dopo un'altra ora la testa meglio fissata nello ingresso si può afferrare con applica-

zione diretta ed abbassare con il forcipe Braun. La testa è arrivata all'egresso con l'occipito-frontale parallelo al trasverso della pelvi. Fu estratto un maschio vivo e sano, di 3470 grammi. Centimetri 48 = 24+24. Diam. B. P. 90; B. T. 80. — Il secondamento avvenne per estrazione manuale. — Ebbe puerperio morboso per *parametrite destra.* — Guarigione. — Il bambino nei primi giorni fu affetto da intensa oftalmia purulenta guarita con pennellazioni di soluzione di nitrato di argento a $^1/_{30}$.

II. N. 78. — IVpara, d'anni 24. — I tre parti precedenti furono naturali facili. — Presentazione O. I. S. A. — *Rottura spontanea precoce delle membrane.* Lenta dilatazione del collo il cui labbro anteriore è contuso fra la testa ed il pube. A metà dello scavo la testa per tre ore si arresta senza scendere nè ruotare. Applicazione diretta e facile del forcipe Braun. — Trazioni valide estraggono un feto maschio nato vivo e sano, di 3500 grm., di ctm. 51 = 28+23. — Diam. B. P. 90; B. T. 80. — Secondamento favorito da pressioni sul fondo. — Puerperio regolare.

III. N. 82. — Ipara, d'anni 25, con bacino regolare. — Presentazione O. I. S. A. — Il braccio sinistro associato alla testa le impedisce di fare la rotazione interna. — Applicazione diretta del forcipe Denmann nella metà inferiore dello scavo. Estrazione facile di femmina nata viva e sana di 2880 grm., ctm. 43 = 22+21, diam. B. P. 80; B. T. 70. — Secondamento per estrazione manuale. — Per salvare il perineo si fece la episiotomia bilaterale; successivamente sui tagli furono applicati due punti di seta staccati, dei quali il destro riunì per *primam* il sinistro per *secundam intentionem.* — Puerperio regolare.

IV. N. 99. — Vpara, d'anni 42. — Presentazione O. I. S. A. — Inerzia uterina primitiva, mantiene per due ore la testa sul pavimento pelvico senza farla ruotare e molto meno avanzare. — Forcipe allo egresso. — Facile estrazione di maschio nato vivo e sano di 2880 grm., ctm. 45 = 23+22; diam. B. P. 90; B. T. 75. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare.

V. N. 108. — Ipara, d'anni 22. — Pelvi normale. — Presentazione O. I. S. A. — Dilatazione lenta, 20 ore. — Rottura delle membrane a dilatazione incompleta. — Lenta discesa del capo. — Resistenza perineale. — Inerzia secondaria da spossamento generale. — Forcipe retto, medio, nella metà inferiore dello scavo. — — Estrazione di femmina nata viva e sana di 2750 grm., ctm. 44 = 22+22. Diam. B. P. 85; B. T. 75. — Secondamento spontaneo. Lacerazione del constrictor cunni. — Puerperio regolare.

VI. N. 121. — Ipara, d'anni 29. — Pelvi normale. — Presentazione O. I. D. P. — Lenta dilatazione del collo. — Difficile rotazione interna perchè la testa è poco flessa e meno inclinata lateralmente, e si arresta così nella metà inferiore dello scavo. — Agitazione grande della partoriente. — Anestesia cloroformica fino a risoluzione muscolare. — Forcipe Braun, applicazione diretta. — La rotazione interna si eseguisce fra le branche del forcipe, il quale arrivato al pudendo è mantenuto sulla testa non per trarla in fuori, ma per trattenerla a salvamento del perineo. Estrazione facile di maschio nato vivo e sano di 3750 grm., ctm. 49 = 26+23; diam. B. P. 90; B. T. 80. — Secondamento spontaneo — Puerperio regolare.

Marzo. VII. N. 163. — Ipara, d'anni 25. — Pelvi normale. — Presentazione O. I. D. A. — Rottura delle membrane prima del cominciare della dilatazione, che fu perciò lentissima. — Arresto della testa, accompagnata dalla metà anteriore del collo, nella metà superiore dello scavo, con la sutura sagittale parallela al trasverso. — Agitazione grande della partoriente. — Anestesia cloroformica completa. — Applicazione completa del forcipe Barnes nella metà superiore dello scavo: l'applicazione e la estrazione furono alquanto difficili. — Rotazione interna fra le branche del forcipe. — Lacerazione perineale di un centimetro. — Secondamento spontaneo. — Puerperio reg. — Il feto maschio nacque vivo e sano di 3500 grm.; ctm. 47 = 23+24; diam. B. P. 90; B. T. 80.

VIII. N. 171. — Ipara, d'anni 24. — Pelvi normale. — Mancanza di acque anteriori e lenta dilatazione del collo. — Pavimento pelvico alto e resistente impedisce la rotazione interna. — Applicazione allo egresso del forcipe corto sulla testa in O. I. S. A. — Il forcipe protegge il perineo graduando lo svolgimento della fronte e faccia dalla commissura posteriore. — Facile estrazione di un maschio nato vivo e sano di 3100 grm.; ctm. 47 = 23+24. Diam. B. P. 85; B. T. 70. — Secondamento spontaneo e puerperio normale.

IX. N. 209. — IIpara, d'anni 32. — Il primo feto fu espulso spontaneamente a termine. — Presentazione O. I. S. T. — L'orificio esterno del collo è molto posteriore e la metà anteriore coprendo la testa e schiacciata contro al pube e s'ingrossa per edema; il che aggiunto al sovrempimento della vescica rende lentissima la dilatazione. — La testa impegnata nello ingresso con la sutura sagittale nel trasverso non scende. — Le forze

della donna si esauriscono e si rendono improficue per la irregolarità delle contrazioni. — Cateterismo vescicale. — Anestesia cloroformica completa. — Applicazione diretta e facile del forcipe Simpson attraverso un anello di 5 ctm. del collo dilatabile. — Le trazioni furono difficili e faticose perchè la testa ruota a stento fra le branche del forcipe. Questo è tolto durante il giro perineale perchè, essendo la partoriente nella completa anestesia, l'espulsione del feto avviene di per sè lenta. — Perineo integro. — Secondamento per pressione sul fondo. — Puerperio regolare. — È nato vivo e sano un maschio di grm. 3820; ctm. 51 = 28×23; diam. B. P. 87; B. T. 80.

Aprile. X. N. 229 — IIIpara, d'anni 29. — Present. O. I. D. A. — Prolungato arresto della testa nello scavo, metà inferiore. — Forcipe Deumann. — Estrazione facile di un maschio nato vivo e sano di grm. 3550; ctm. 51 = 26+25. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare.

XI. N. 227. — IVpara, d'anni 34. — Presentazione O. I. D. P. — Obliquità dell'utero a destra ed in avanti, eccessiva. — La testa si arresta nello scavo per insufficienza di contrazioni. — Forcipe Pasquali (1) nella metà dello scavo. — Applicazione diretta ed

---

(1) Il forcipe Pasquali nel concetto è una reminiscenza di quello di Brunninghausen, nella costruzione è una modificazione di quello di Braun. La curva dei cucchiai si continua quasi con lo stesso arco di cerchio in una curva dei manichi, e la metà dell'arco di cerchio cade poco al disopra dell'articolazione; così chè messo il convesso del forcipe sopra un piano orizzontale, gli estremi dei cucchiai e dei manichi stanno pressochè alla stessa altezza.

Tutto il forcipe è lungo ctm. 40 nella curva, dei quali 18 ctm. appartengono ai manichi e 22 ctm. alle cucchiaie. L'arco formato da tutto il forcipe ha un raggio approssimativo di 27 ctm., una corda di 36 ctm. ed una saetta di 8 ctm.

Il colletto, tratto di branche parallele fra l'articolazione e l'apertura delle cucchiaie, è retto e lungo 5 ctm.

Le cucchiaie hanno una curva cefalica lunga 17 ctm., ed una corda di mm. 148 ed una saetta di 4 ctm.; il raggio di quest'arco è di mm. 107.

Il seno massimo fra le cucchiaie è di 85 mm. La distanza d'apertura degli estremi delle cucchiaie è di 20 mm.

Esso pesa grm. 525.

Il principio di costruzione è fondato sul concetto: 1.° di applicare facilmente il forcipe sulla testa allo ingresso della pelvi; 2.° di potersene servire bene come leva interpotente, cosichè le trazioni anche sulla testa allo ingresso non porteranno mai l'estremo dei cucchiai contro la commissura posteriore e 3° dall'altezza dell'estremo dei manichi sapere il livello a cui tocca l'estremità delle cucchiaia.

estrazione facile di una femmina nata viva e sana di grm. 3420; ctm. 50 = 24+26; diam. B. P. 90; B. T. 80. — Secondamento spontaneo — Puerperio regolare.

XII. N. 223. Ipara, d'anni 22. — Pelvi normale. — Presentazione O. I. S. A. — Resistenza perineale. — Forcipe all'egresso. — Doppia episiotomia, piccola lacerazione perineale mediana. — Secondamento spontaneo e puerperio regolare. — Femmina nata viva e sana di grm. 2660; ctm. 47 = 24+23; B. P. 80; B. T. 70.

XIII. N. 260. — Vpara, d'anni 28. — Secondo feto di P. gemello. — Inerzia uterina secondaria. — Forcipe Deumann nella metà inferiore dello scavo. — La testa esegue la rotazione interna soltanto al pudendo fra le cucchiaie del forcipe. (Vedi *Parti gemelli*, III). — Puerperio patologico.

XIV. N. 268. — Ipara, d'anni 20. — Pelvi normale. — Presentazione O. I. D. A. — Periodo di dilatazione lento e doloroso con molta agitazione della partoriente. — Anestesia cloroformica a più riprese. — Arresto della testa contro il perineo resistente ed inerzia uterina secondaria. — Applicazione diretta e facile del forcipe Braun allo egresso. — Facile estrazione di un maschio nato vivo e sano di grm 2540; ctm. 45 = 22+23; B. P. 80; B. T. 70. — Secondamento spontaneo e puerperio regolare.

XV. N 274. — Ipara, d'anni 20. — Pelvi normale. — Presentazione O. I. S. A. — Parto prolungato da rottura precoce di membrane. — Inerzia uterina secondaria. — Mancata rotazione interna. — Anestesia cloroformica completa. — Applicazione diretta del forcipe Braun nella metà inferiore. — Estrazione di un maschio nato vivo e sano di grm. 2820; ctm. 46 = 24+22; diametro B. P. 85; B. T. 75. — Secondamento spontaneo. — Lacerazione della metà inferiore parete posteriore della vagina. — Setticoemia grave. — Guarigione.

XVI. — Una applicazione di forcipe di prova al disopra dello ingresso, in una presentazione del fronte ove il feto fu liberato per craniotomia.

Esclusa questa ultima il percentaggio delle appplicazioni del forcipe in questo trimestre è di 7,21 % sul numero totale dei parti, ma se da questi si tolgono i parti prematuri si trova salire il rapporto a 8,19 %.

Versione podalica ed estrazione manuale.

Febbraio I. N. 77. — VIpara, d'anni 36. — Present. trasversa di feto nato vivo. — Testa nella fossa iliaca sinistra, dorso anteriore, mano destra previa. — Dilatazione completa del collo, rottura artificiale delle membrane. — Versione podalica penosissima perchè l'utero vuotatosi rapidamente si è contratto fortemente sul feto. — Estrazione manuale di un feto maschio nato morto di 2780 grm.; 49 ctm. 25+24; Diam. B. P. 90; B. T. 80. — Secondamento spontaneo — Puerperio regolare.

Marzo. II. N. 155. — VIIIpara, d'anni 39. — Present. trasversa di feto vivente. — Testa nella fossa iliaca sinistra, dorso ant. — Rottura spontanea precoce delle membrane, spasmo del collo e sua lenta dilatazione. — Dopo 12 ore di soprapparto e dilatazione del collo di cinque centimetri s'induce anestesia cloroformica profonda. — Si esegue la versione podalica e la estrazione manuale di un maschio nato asfittico ma presto ravvivato con sviluppo a caratteri di prematurità; 2120 grm.; ctm. 41 = 22+19; diametro B. P. 80; B. T. 70. — Secondamento per estrazione manuale, da incarcerazione di placenta. — Lieve endometrite settica in puerperio e guarigione.

III. N. 200. — VIpara, d'anni 40. — Presentazione O. I. D. A. — Procidenza del funicolo a testa libera sull'ingresso. — Anestesia cloroformica completa. — Versione podalica ed estrazione manuale di maschio nato asfittico ravvivato di 3200 grm., 49 ctm. 26+23; B. P. 90; B. T. 80. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare.

Estrazione manuale semplice.

Febbraio I. II. N. 17. 76. — (Vedi *Parti prematuri provocati).*

Aprile III. N. 201.

Aprile IV. N. 260. — (Vedi *Parti gemelli).*

Marzo V. N. 140. — Ipara, d'anni 22. — Pelvi normale. — Gravidanza in 39ª settimana. — Presentazione pelvica inclinata. — Agitazione della partoriente. — Anestesia cloroformica completa. — Pressione sul fondo ed estrazione manuale di un maschio nato vivo di 2200 grm.; 44 ctm. — Secondamento spontaneo. — Lievissima endometrite purulente in puerperio. — Guarigione.

Craniotomie.

I. Febbraio. N. 124. — Ipara, d'anni 19. — Pelvi generalmente ristretta. — Spine 230; Creste 250; B. T. 290; Coniug. est. 180. — Madre sifilitica. — Partorisce prematuramente un feto morto macerato che si è arrestato con la testa nell'ingresso. — Perforazione del cranio ed estrazione con il tirateste di Assalini. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare.

II. Aprile. N. 258. — IVpara, d'anni 29. — Pelvi normale. — Parti precedenti spontanei in presentazione del vertice. — Presentazione F. I. S. A. — Sutura frontale quasi parallela al trasverso globella del naso a destra, bregma a sinistra in avanti. — Collo grosso edematoso, stretto fra il capo ed il pube si dilata lentamente. — Due applicazioni di forcipe tentate e non riuscite. — Sofferenza grande ed esaurimento della partoriente. — Perforazione della sutura frontale al davanti della glabella. — Applicazione del cranioclaste Braun sulla gobba frontale ed apofisi sinistra o posteriore. — Trazione del cranio a base verticale previo il margine anteriore. — Secondamento e puerperio regolari.

III. N. 273. — Ipara, d'anni 25. — Cifoscoliosi dorsale destra e lordoscoliosi lombosacrale sinistra. — Pelvi rachitica generalmente ristretta e schiacciata. — Spine 230; Creste 240; B. T. 300; Coniugata esterna 185; Coniugata diagonale 90. — Gravidanza a termine. — Parto in O. I. S. A. — Testa mobile sull'ingresso. — Fissazione del capo con pressione soprapubica. — Perforazione della piccola fontanella, applicazione del cranioclaste Braun sulla sutura lambdoide sinistra. — Estrazione facile. — Secondamento spontaneo. — Lacerazione perineale di quattro centimetri, tre punti staccati d'argento. — Puerperio regolare.

Parti prematuri provocati.

I. Febbraio. N. 17. — IIpara, d'anni 27. — Il parto precedente fu anche dal Prof. Pasquali provocato all'ottavo mese. — La pelvi è rachitica schiacciata. — Spine 260; Creste 270; B. T. 270; coniugata esterna 170; coniugata diagonale 96. — Provocazione del parto alla 36ª settimana, mercè irrigazioni vaginali tiepide mat-

tina, mezzodì e sera per sette giorni; e nell' ultimo giorno con il dito il Professore praticò lo scollamento dell' uovo dall' utero poco al disopra e tutto all'intorno dell'orificio interno. Sette giorni innanzi a quello del parto, essendo il feto in presentazione del capo, con manovra esterna fu mutata in quella pelvica. Nel periodo di dilatazione le contrazioni furono irregolari per frequenza durata ed intensità e specialmente per direzione. Arrivata la dilatazione a quattro centimetri, le membrane si ruppero spontaneamente e il feto che fino allora avea tenuta la presentazione pelvica la cambiò in trasversa; perciò il parto fu terminato per versione ed estrazione manuale di un maschio nato vivo e sano di 1900 grm.; 42 ctm.; diam. B. P. 78; B. T. 66. — La placenta ritenuta dava emorragia e si dovette estrarre. — Lieve setticoemia in puerperio. — Guarigione.

II. N. 76. — IVpara, d'anni 28. — Il primo parto essendo avvenuto in gravidanza a termine fu compiuto per cefalotrissia, i due successivi provocati al settimo mese. — Pelvi rachitica, generalmente ristretta e schiacciata. — Spine 228; Creste 240; B. T. 250; Obliquo sinistro 185; Obliquo destro 185; Coniugata esterna 185; Coniugata diagonale 78. — La incinta è alla 31ª settimana. — Applicazione per tre giorni consecutivi di tre spugne preparate, una ogni 24 ore. — Regolare rammollimento e dilatazione del collo. — Il feto in presentazione pelvica, fu estratto vivo ma morì pochi istanti dopo. — Femmina di 1160 grm.; 38 = 20+18; B. P. 68; B. T. 58. — Secondamento spontaneo. — Puerperio normale.

III. N. 201. — IVpara, d'anni 29. — Pelvi rachitica generalmente ristretta compressa nel diametro trasverso. — Spine 190; Creste 220; B. T. 240; Coniugata esterna 160. — Nel primo parto fu liberata con il forcipe di un feto ottimestre; il secondo fu provocato prematuramente mercè applicazione di una sola spugna che fu sufficiente ad eccitare contrazioni che continuarono fino a dilatazione completa del collo, all' ottavo mese, mercè scollamento delle membrane eseguito col dito, quattro giorni avanti al compimento del parto. — L' attuale fu provocato alla 36ª settimana mercè irrigazioni calde ripetute due volte quotidianamente per dieci giorni consecutivi. — Il feto poco prima del soprapparto fu messo con manovre esterne in presentazione pelvica, nella quale fu estratto asfittico, e presto riavuto. — Visse bene ed uscì con la madre che ebbe puerperio regolare. — Il feto era maschio

di 2025 grammi — 43 centimetri — Biparietale 70 — Bitrocanterico 60 (1).

IV. N. 792. — Ipara, d'anni 21. — Pelvi uniformemente piccola. — Spine 230; Creste 250; B. T. 280; Obliquo sinistro 180; Obliquo destro 183; Coniugata esterna 172; Coniugata diag. 95. — Difetto generale di sviluppo scheletrico. — Altezza del corpo metro 1,20. — Provocazione alla 31ª settimana, con introduzione di un fusto di laminaria nel canale cervicale il primo giorno e spugne preparate nei tre successivi. — Le contrazioni cominciarono il secondo giorno e continuarono fino al quinto in cui si ebbe il parto di un feto asfittico che si riebbe, ma visse solo quattro ore. — Esso pesava 1350 grm., 40 ctm.; B. P. 77; B. T. 60. — Second. spont. — Lieve endometrite in puerperio. — Guarigione.

Parti prematuri spontanei.

I. Febbraio. N. 71. — IVpara, d'anni 36. — Parto naturale facile di maschio nato vivo di 2430 grm.; 43 ctm.; B. P. 80; B. T. 70. — Secondamento spontaneo. — Puerperio normale. — Febbri malariche in tutta la gravidanza.

II. N. 75. — Vpara, d'anni 34. — Parto naturale facile al 245° giorno di femmina di 1555 grm.; 39 ctm.; B. P. 75; B. T. 65 nata viva e sana. — Periodo di dilatazione lungo 15 ore, rottura artificiale di membrane. — Secondamento spontaneo. — Puerperio morboso di perimetrite destra lieve. — Guarigione. — Le febbri di malaria alle quali è soggetta da circa 4 anni a lunghi intervalli, l'hanno molestata in tutto il decorso di questa gravidanza.

III. N. 76. — (Vedi *Estrazione manuale).*

IV. N. 89. — VIpara, d'anni 42. — Parto naturale facile al 260° giorno di feto di 1155 grm.; lungo 35 ctm.; B. P. 70; B. T. 60; nato vivo e morto poco dopo. — Secondamento per estrazione manuale; all'esame della placenta si trovano mancare brandelli di cotelidoni. — Puerperio morboso per lievissima setticoemia. — Guarigione. — Nessuna causa apprezzabile.

V. N. 101. — IIpara, d'anni 26. — Partorì fuori dell'ospedale una femmina di 1850 grm.; 41 ctm. — Puerperio patologico per setticoemia e morte. — Causa. Cachessia palustre avanzatissima.

---

(1) Riveduta la madre il 15 agosto presenta il bimbo ben nutrito, cresciuto ed in ottima salute. Nacque il 9 aprile. Oggi pesa grm. 3750; lungo ctm. 56; B. P. 95; B. T. 85.

VI. N. 116. — IIpara, d'anni 24. — Parto naturale facile di maschio 2150 grammi; 44 ctm., nato vivo e sano. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare. — Cachessia malarica, tumore splenico. — Già affetta da febbri per parecchi anni ebbe tregua per due anni. — Questa seconda gravidanza fu sempre malata di febbri di malaria che portarono albuminuria, anasarca, edema laringeo incipiente, ecc. — Partorì sotto un accesso di febbre a T. 39,3 C.; P. 100; R. 35.

VII. N. 124. — (Vedi *Craniotomie)*,

VIII. Marzo. N. 130. — Ipara, d'anni 24. — Parto naturale facile di femmina viva e sana di 1520 grm.; 40 ctm.; diam. B. P. 70; B. T. 60. — Emorragia prima e dopo il secondamento che fu spontaneo, ma incompleto, essendo rimasti pezzi di cotiledoni entro l'utero. La decidua che ricuopre il chorion è tutta in degenerazione grassa avanzata. — Manifestazioni sifilitiche secondarie agli organi genitali esterni. — Puerperio regolare.

IX. N. 131. — Ipara, d' anni 22. — Pelvi piccola. — Spine 23; Creste 25; B. T. 29; coniugata esterna 19. — Presentazione in O. I. S. A. di femmina di 2420 grm.; 45 ctm.; diam. B. P. 80; B. T. 75; nato vivo e sano. — Puerperio patologico. — Secondamento spontaneo. — Guarigione.

X. N. 139. — Ipara, d' anni 20. — Parto naturale facile di maschio nato vivo ed uscito dalla maternità vivo; 2100 grm.; 43 ctm.; diam. B. P. 85; B. T. 70. — Albuminuria e deposito di epiteli e cilindri fibrinosi nelle orine in puerperio che del resto fu normale.

XI. N. 140. — (Vedi *Estrazione manuale*).

XII. N. 155. — (Vedi *Versione ed estrazione manuale).*

XIII. N. 157. — VIpara, d' anni 36. — Parto naturale facile di maschio asfittico ravvivato di 2270 grm.; 43 ctm. — Puerperio regolare. — Nessuna causa nota.

XIV. N. 165. — Vpara, d'anni 46. — Parto in 31ª settimana, naturale, facile di maschio nato vivo asfittico e morto poco dopo. — Grm. 1280; ctm. 37; diam. B. P. 70; B. T. 60. — Secondamento e puerperio regolare. — Hydramnios in gravidanza.

XV. N. 167. — IIpara, d' anni 30. — Placenta bassa. — Emorragia al settimo mese, tamponamento. — Parto difficile di maschio in presentazione O. I. S. A. — Nato vivo, morto poco dopo. — Grm. 1270; ctm. 36; diam. B. P. 70; B. T. 60. — Secondamento e puerperio regolare.

XVI. N. 212. — Ipara, d'anni 23. — Pelvi normale. — Parto in 32ª settimana di maschio nato vivo 1970 grm.; ctm. 44; diam. B. P. 75; B. T. 85. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare. — Nessuna causa nota.

XVII. Aprile. N. 224. — Ipara, d'anni 20. — Parto naturale facile in presentazione O. I. S. A. di femmina di 2460 grm.; 45 ctm.; diam. B. P. 80; B. T. 70; nata viva e sana. — Manifestazioni secondarie sifilitiche negli ultimi due mesi di gravidanza.

XVIII. N. 238. — IVpara, d'anni 24. — Tubercolosi precedenti al concepimento. — Molte emottisi in gravidanza. — Partorì una femmina di 2290 grm.; 45 ctm.; diam. B. P. 75; B. T. 65. — Puerperio continua il processo tubercoloso; è perduta di vista.

XIX. N. 239. — IIIpara, d'anni 32. — Pelvi normale. — Parto in 29ª settimana in presentazione O. I. D. P. — Femmina nata morta macerata di 2250 grm.; 45 ctm.; diam. B. P. 70; B. T. 60. — Nessuna causa nota.

XX. N. 240. — Ipara, d'anni 18. — Claudicante per coxalgia avuta nell'età infantile. — Spine 240; Creste 270; B. T. 300; Obliquo destro 210; Obliquo sinistro 220; Coniugata esterna 195; accorciamento reale del femore sinistro. — Parto naturale facile in presentazione O. I. S. A. di maschio di 1750 grm.; 42 ctm.; diam B. P. 70; B. T. 60; nato vivo e mandato al Brefotrofio il giorno successivo. — Nessuna causa apprezzabile.

XXI. N. 262. — Ipara, d'anni 19. — Parto naturale facile di femmina di 2235 grm.; 44 ctm.; diam. B. P. 80; B. T. 70; nato asfittico riavutosi.

XXII. N. 264. — IIpara, d'anni 25. — Parto naturale facile in 29ª settimana di femmina in presentazione S. I. S. A. di 1320 grm.; 39 ctm.; morta macerata. — Secondamento e puerperio regolari. — Madre sifilitica.

Nota sulla malaria in gravidanza.

21 parti prematuri spontanei sopra 208 parti, cioè 10,09 %.
Le cause furono:

Ignote	8
Febbri di malaria . . .	6
Sifilide	4
Albuminuria	1
Idramnio	1
Placenta previa . . .	1

Prese le misure dei feti di questo e del precedente trimestre si rileva che la sifilide e la malaria sono le due cause più potenti e frequenti d'interruzione di gravidanza e che la prima provoca una prematurità più precoce della seconda, che i feti sifilitici nascono quasi tutti morti o muoiono poco dopo, e che quelli nati di madre malarica sono deboli ma sani, epperò con cure appropriate suscettibili di allevamento.

Febbri malariche.			Sifilide.		
	Peso	Lunghezza		Peso	Lunghezza
I. Trim.	1250 —	37 v. deb.	I. Trim.	1930 —	43 m. m.
»	2450 —	45 n. m.	»	2600 —	42 n. v.
»	1800 —	39 n. m.	»	1180 —	37 n. m.
»	1900 —	40 v. deb.	»	1950 —	45 asfitt.
»	1950 —	46 as. sano	»	1600 —	45 n. m.
II. Trim.	2430 —	43 v. s.	»	2600 —	44 m. m.
»	1555 —	39 v. s.	»	1950 —	41 v. s.
»	1850 —	41 v. s.	II. Trim.	1950 —	35 m. m.
»	2150 —	44 v. s.	»	1320 —	40 v. s.
»	2200 —	44 v. s.	»	2460 —	45 v. s.
»	2120 —	41 v. asfit.	»	1320 —	39 m. m.

Sopra 11 feti di madri malariche vi sono due soli nati morti, mentre ve n'ha sei sopra altrettanti di madri sifilitiche. Degli 11 malarici 5 superano i 2000 grammi di peso e 8 superano i 40 centimetri di lunghezza. — L'aspetto generale dei feti nati di madri malariche, è di feti poco sviluppati ma non vecchieggiante così che di alcuni data la opportunità, per essersi trattenute le madri a tempo nelle nostre sale, abbiamo potuto vedere acquistare ottima nutrizione con cure insistenti di riscaldamento ed allattamento artificiale. Questi feti dacchè non possediamo stufe *ad hoc*, noi custodiamo fra spessi strati di bambagia dentro una doccia i cui lati sono costituiti da due cilindri metallici pieni di acqua calda. L'aspetto dei nati sifilitici, se anche sani in apparenza cioè senza manifestazioni esterne, è sempre quello caratterizzato per vecchieggiante.

La quale prematurità dei feti nati di madri malariche, in questa nostra città vedremo in quali grandi proporzioni avvenga con il seguente quadro delle malattie in gravidanza onde furono affette le singole partorienti.

I. Trim. Nov. N. 674. — Febbri terzane in tutto il 6° mese, dimagrimento della madre. — Parto spontaneo di feto femmina di 2850 grm., 49 ctm. — Nata viva e sana. — Puerperio regolare.

N. 676. — Febbri malariche in tutta la gravidanza. — Tumore splenico. — Parto al 250° giorno di maschio di 2480 grm., 46 ctm. (Vedi *Parto prematuro spontaneo*).

N. 688. — Febbri malariche dal 6° mese in poi. — Parto al 260° giorno di maschio di 2730 grm., 47 ctm. — Secondamento e puerperio regolari.

N. 694. — Febbri malariche negli ultimi venti giorni. — Parto n. f. di maschio di 2400 grm., 45 ctm. (Vedi *Parti prematuri spontanei*).

N. 698. — Febbri atipiche a lunghi intervalli durante la gravidanza. — Parto n. f. di maschio nato vivo e sano di grm. 3750, ctm. 50; diam. B. P. 90; B. T. 80. — Secondamento e puerperio regolari.

N. 704. — Febbri malariche ad accessi intensi in tutto il 6° mese. — Parto n. f. di femmina di 1250 grm., 37 ctm.; nata viva debolissima. — La madre dopo alcuni giorni di puerperio ostetricamente normale tornò in corsia per ripetizione di febbri intermittenti terzane (Vedi *Parti prematuri spontanei).*

N. 706. — Febbri malariche dal principiare della seconda metà della gravidanza. — Parto n. f. di femmina di 2150 grm. 43 ctm., nata viva debolissima (Vedi *Parti prematuri spontanei).*

N. 707. — Lieve catarro bronchiale in tutta la gravidanza. — Parto n. f. di maschio di grm. 3020, ctm. 45, nato vivo e sano. — Secondamento e puerperio regolare.

N. 715. — Febbri malariche in tutta la gravidanza. — Parto n. f. di maschio di grm. 2450, ctm. 45, nato morto. — Secondamento spontaneo. — Non si potè seguirne il puerperio perchè volle uscire dopo due giorni dal parto. (Vedi *Parti prematuri spontanei).*

N. 734. — Anemia perniciosa dal 4° mese in poi. — Parto di femmina di 1750 grm., 41 ctm., nata asfittica debole riavuta. — Secondamento spontaneo. — Nel puerperio le condizioni generali della madre migliorarono subito. (Vedi *Parti prem. spontanei.*

Dicembre. N. 739. — Febbri malariche in tutto l'8º mese. — Parto n. f. di femmina di 2450 grm., 43 ctm., nata asfittica ravvivata. — Secondamento e puerperio regolari (Vedi *Parti prematuri spontanei).*

N. 740. Febbri palustri in tutta la gravidanza. — Parto n. f. di femmina di 1850 grm., 39 ctm., nata morta. — Secondamento e puerperio regolari.

N. 747. — Febbri palustri nelle ultime due settimane. — Parto n. f. di femmina di 3000 grm., 47 ctm., nata viva. — Secondamento e puerperio regolari.

N. 748. — Febbri malariche negli ultimi tre mesi. — Parto n. f. di femmina di 1900 grm., 40 ctm., nata viva e sana. (Vedi *Parti prematuri spontanei).*

N. 755. — Febbri intermittenti in tutto l' 8º mese. — Parto n. f. di maschio di 2420 gr., 45 ctm., nato vivo e sano (V. *Parti prem. spont.*).

N. 757. — Febbri di malaria e bronchite diffusa cronica. — Parto gemello di 2450 grm. e 2070. (Vedi *Parti gemelli).*

N. 771. — Febbri di malaria nei primi tre mesi e cachessia profonda. — Aborto al 3º mese.

N. 780. — Reumatismo nell'ottavo mese ed in parto. — Dolentia muscolare generale più intensa all'utero specialmente in parto. — Contrazioni dolorose corte ed incomplete, non regolari nella frequenza e negli intervalli; l'utero conserva uno stato quasi di tetania. — Parto di un maschio di grm. 2330, ctm. 45, sano. — La retrazione uterina in puerperio fu lenta, e la dolorabilità dell'utero, non ostante l'applicazione continua di epitemi caldo umidi largamente laudanati si prolungò ancora per parecchi giorni. — La lochiazione fu normale. — La secrezione lattea fu arrestata e per mancata funzione e per uso abbondante di alcalini lassativi. — Guarigione completa.

Gennaio 1883. — N. 11. — Febbri malariche interrotte da lunghi intervalli in tutta la gravidanza. — Parto n. f. di femmina di 2780 grm., 47 ctm., nata viva e sana. — Continua la forma intermittente terzana in puerperio.

N. 28. — Febbri atipiche in tutta la gravidanza. — Parto n. f. di femmina di 2735 grm., 45 ctm. — Anemia profonda in puerperio.

N. 51. — Manifestazioni secondarie della sifilide. (Vedi *Parto prematuro spontaneo).*

N. 53. — Febbri malariche 9º mese. — Parto n. f. di maschio di grm. 3310, ctm. 50. — Secondamento e puerperio regolari.

II. Trimestre. Febbraio. N. 56. — Febbri di malaria nei primi quattro mesi di gestazione. — Parto n. f. di maschio di 3090 grm., 45 ctm. — Secondamento e puerperio regolari.

N. 57. — Febbri malariche al 7° mese. — Parto n. f. di maschio di 2820 grm., 44 ctm., nato vivo e sano. — Puerperio regolare.

N. 64. — Febbri malariche al 7° mese. — Parto n. difficile di maschio di 2800 grm., 46 ctm. — Puerperio patologico.

N. 71. — Febbri malariche quasi tutta la gravidanza. — Parto n. f. di maschio di 2430 grm., 43 ctm. (V. *Parti prem. spontanei*).

N. 73. — All'ottavo mese di gravidanza è affetta di oloartrite reumatica prima degli arti inferiori poi dei superiori. — Parto n. f. di maschio nato vivo di 2500 grm., 48 ctm. — Secondamento spontaneo. — Il reumatismo continua negli arti inferiori anche nel puerperio e si prolunga per oltre tre mesi.

N. 75. — Febbri malariche per tutta la gravidanza. — Parto di femmina di 1555 grm., 39 ctm. (Vedi *Parti premat. spontanei).*

N. 84. — Febbri di malaria a lunghi intervalli dal 4 al 9° mese. — Parto n. f. di maschio di 2910 grm., 49 ctm. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare.

N. 101. — Avanzata cachessia palustre. — Parto n. f. di femmina di 2850 grm., 41 ctm. (Vedi *Parti prem. spontanei),*

N. 113. — Cachessia avanzata malarica, con albumina negli ultimi giorni ed in parto di maschio di 2150 grm., 44 ctm. (Vedi *Parti prematuri spontanei).*

N. 116. Catarro intestinale febbrile negli ultimi quattro mesi. — Parto di maschio di 2900 grm., 46 ctm. — Secondamento e puerperio regolari.

N. 119. — Cachessia malarica e broncopulmonite sin. — Aborto in 16ª settimana. (Vedi *Aborti*).

Marzo. N. 130. — Sifilide. (Vedi *Parti prematuri spontanei).*

N. 139. — Albuminuria in gravidanza e puerperio. (Vedi *Parti prematuri spontanei).*

N. 140. — Febbri malariche in tutta la gravidanza. (Vedi *Parti prematuri spontanei).*

N. 141. — Tumore cerebrale. — Parto n. f. di femmina di 2830 grm., 49 ctm., nata viva. — Secondamento e puerperio regolari.

N. 155. — Cachessia malarica e pleuritide essudativa. — Aborto al 3° mese.

N. 187. — Febbri malariche e catarro bronchiale. — Parto n. facile di maschio nato vivo di 2850 grm., 45 ctm. — Secondamento e puerperio regolari.

Aprile. N. 219. — Febbri malariche nei primi mesi di gravidanza, cessato negli ultimi mesi. — Parto artificiale (forcipe) di maschio nato vivo e sano di 3350 grm., 51 ctm.

N. 224. — Manifestazioni sifilitiche in gravidanza. (Vedi *Parti prematuri spontanei).*

N. 225. — Albuminuria negli ultimi mesi di gravidanza e nel puerperio. — Parto n. f. di maschio nato vivo e sano di 2050 grm., 46 ctm. (Vedi *Puerperii patologici).*

N. 238. — Tubercolosi in gravidanza. — Parto di femmina 2280 grm., 45 ctm.

N. 245. — Anemia grave progressiva (Vedi *Parti prematuri provocati).*

N. 260. — Cachessia malarica. (Vedi *Parti gemelli).*

N. 269. — Febbri di malaria negli ultimi due mesi. — Parto n. f. di femmina di 3200 grm., 50 ctm. — Secondamento e puerperio regolari.

N. 270. — Stomatite fungosa nell'ultimo mese. — Parto n. f. di femmina di 2550 grm., 44 ctm. — La stomatite micotica si cura nel puerperio con colluttorii di clorato potassico ed acido fenico.

N. 279. — Febbri di malaria nei primi quattro mesi soltanto. — Parto n. f. di maschio di 3100 grm., 56 ctm. — Secondamento e puerperio regolari.

Sommando delle 387 donne che si sgravarono nei due trimestri ebbero malattia in gravidanza 50, e furono:

Febbri di malaria	34
Sifilide attuale.	3
Reumatismo	2
Anemia grave	2
Albuminuria	2
Tubercolosi	1
Tumore cerebrale	1
Catarro bronchiale	3
Catarro intestinale	1
Stomatite micatica	1

Dal quale prospetto si desume che sopra 387 gravide 34 erano affette da influenza malarica più o meno antica, a grado più o meno intenso con tipo diverso; cioè nelle proporzioni dell'8,73 %

pur troppo di gran lunga superiore alle proporzioni date dal Lehmann di Amsterdam 2,1 %. Certo la nostra statistica è totalmente contraria alle osservazioni di Quadrat, Grenser, Mendel, Streng, i quali trovano appena dai due a quattro casi sopra 2000 a 9000 donne incinte od in parto. — È da notare tuttavia che i detti autori danno i loro rilievi statistici in paesi sotto questo riguardo molto migliori del nostro, questi procento in fatto sono cavati dalle Maternità di Praga, Dresda, Vienna, e mentre che il Credè a Lipsia ne dà 5 casi sopra 594 parti ed il Busch a Berlino registrò molti casi sopra 6077 parti. Nè credasi che questo sia il massimo della cifra presso di noi, perchè alle Maternità sfuggono o non sono registrati i gravissimi casi d'infezione malarica militante in donne profondamente cachettiche prese da accessi d'intensissimo e prolungato brivido seguito da notevoli elevazioni termiche (41°,5); nei quali casi la gravidanza è spesso interrotta in epoca abortiva, frequentemente in epoca di prematurità rarissimamente a termine. Questi casi si osservano in sale mediche ove siamo chiamati a prestare un soccorso ostetrico, sia per istudiarci di arrestare l'iniziarsi di una interruzione di gravidanza, sia — come più spesso avviene — per prestare soccorsi contro emorragie quasi sempre molto gravi dovute a ritenzione di porzioni degl'annessi fetali. Di puerpere siffatte, le condizioni sono gravissime, non per lo stato dell'apparecchio sessuale, ma per lo stato d'infezione malarica profonda con estenuazione di forze estrema. Le donne gravide sotto influenza malarica più o meno antica, si presentano quasi invariabilmente pallore e colorazione giallo-verdastro della cute, floscia la musculatura, anemiche le mucose e apatiche nel carattere le pazienti. Quasi in tutte si rileva il tumore splenico, che in alcune arriva a così enormi proporzioni da essere migrato ed occupare metà dell'ambito addominale inferiore, sospingendo all'opposto lato l'utero ripieno. Molte hanno, benchè leggieri, catarri bronchiali e intestinali concomitanti e quasi sempre le loro urine mostrano traccia di albumina. Queste donne per ordinario vengono a sgravarsi in epoca prematura e quand'anche partoriscano a termine i loro feti non mostrano quasi mai il completo sviluppo per ciò che riguardi la nutrizione generale, così che è rara eccezione che uno di tali feti tocchi i 50 ctm. di lunghezza e i 3250 grm. di peso. Lo sviluppo e l'epoca di parti di detti feti si desuma dal seguente prospetto in cui i 32 parti di donne affette di malaria sono classificati da un peso medio dei feti.

Al di sotto di	1000 grammi	3
da	1000 — 1500	1
»	1500 — 2000	5
»	2000 — 2500	10
»	2500 — 3000	9
sopra	3000 grammi	6

Dal quale specchio e dalla lettura dei casi riferiti sulle malattie in gravidanza si rileva che di 34 nati, 3 furono abortivi e 16 chiaramente prematuri; dei 15 restanti 9 sono precoci e 6 soli possono dirsi a termine ma non raggiungono il peso massimo. La prematurità e precocità di parto vanno d'accordo con il maggiore e minore grado d'infezione palustre; in quelle infatti che ne furono molestate per tutto il decorso della gravidanza la prematurità è molto più sollecita che in quelle che furono attaccate dalle febbri soltanto nell'ultimo trimestre, nei quali casi la interruzione non è dovuta tanto alla discrasia generale, che non ebbero tempo di subire, quanto agli accessi di elevatissima temperatura, ed in questi casi si osserva più di frequente una semplice precocità di parto ed in determinate stagioni (termine dell'autunno e novembre-dicembre). Se ciò vale per i casi accidentali non è ugualmente vero per quelle donne che già dapprima di essere incinte o dai primordi della gravidanza incontrarono la infezione palustre. In queste la ciera cachettica attesta la discrasia generale subita e ci spiega facilmente la mala nutrizione che deve avere il portato. Non ho minute e regolari osservazioni in proposito, ma note sparse nelle schede cliniche registrano, in non rari casi di parti prematuri, alterazioni placentari quasi sempre caratterizzate di sottigliezza e floscezza estrema della focaccia, da depositi fibrinosi, avanzi di pregresse emorragie, da degenerazioni grasse di quasi tutta la spessezza di alcuni cotiledoni da separazione completa dallo strato profondo della mucosa uterina, di decidua reflessa che si mostra come spesso coltrone giallo roseo sulla faccia esterna del chorion. Questi reperti, sebbene macroscopici, attestano, oltrecchè, una insufficiente perviabilità alla irrigazione placentare una distrofia capillare che permette facili lacerazioni vasali e stabilisce consecutive compressioni, ischemie di zone più o meno estese, precoci degenerazioni grasse e finalmente separazione dell'uovo dall'utero. È quindi la debolezza organica materna da alterata sanguificazione per elemento infettante, la quale di-

spone a tanti disturbi trofici e per conseguenza alla nutrizione manchevole del neonato.

Lo Spiegelberg ritiene che la infezione malarica si acutizzi per il fatto della gravidanza e che tale acutizzazione sia la causa di interruzione della stessa; la nostra esperienza ci porta a ben altre conclusioni. È bene vero che si danno processi acutissimi di febbri in gravidanza e che questa ne viene interrotta; ma questi processi che io dissi avere noi veduto nelle sale mediche, non formano la regola, e a bene osservarli non abbiamo trovato che lo stato gravidico avesse fatti divenire acuti processi d'infezione palustre cronica, che se ciò fosse vero molte delle nostre donne già malariche da anni dovrebbero abortire appena incinte, ciò che mai non avviene, mentrechè vediamo più di sovente un altro forse più grave fatto arrecato dallo stato gravidico in una affetta da cachessia palustre. Intendo parlare dell'*anemia perniciosa progressiva*. Pare che questi due processi combinati si dieno la mano a distruggere l'organismo che ne è assalito e con rapido decorso aggravono talmente le condizioni da minacciare la vita alla madre ed al figlio ad un tempo. Contro questo gravissimo stato patologico della donna incinta vidi più di una volta combattere vittorioso l'egregio mio maestro Prof. Pasquali con la provocazione del parto prematuro artificiale.

Ma su ciò avrò altrove occasione di parlare. Ora alcune parole sulla somministrazione del solfato di chinina. Queste nostre partorienti ci asseriscono sempre averne preso molto o nell'ospedale o fuori e talvolta anche troppo; così da averne catarri intestinali passeggeri; ma queste abbondanti somministrazioni di chinina non appare sieno causa d'interruzione di gravidanza perchè quando queste donne vengono a partorire in Maternità nè sono sotto l'accesso di febbre, nè queste ha preceduto di pochissimi giorni; nel quale caso starebbero all'ospedale. Anzi dalle citazioni dei casi in cui la gravidanza è giunta al termine e la nutrizione fetale non ne ha patito, si rileva essere quelli nei quali le febbri sopraggiungono nelle ultime settimane, quando cioè non si trattava di donne da lungo tempo malariche e dove la somministrazione del rimedio per interrompere i periodi ed allontanarne gli accessi non era bastata ad eccitare il parto. Oltre di che più volte ho seguito il Prof. Pasquali in accurate ricerche sull'azione ecbolica del solfato di chinina in gravidanza, parto e puerperio. Rammento chiaramente due casi nei quali la gravidanza presso

il termine era funestata da accessi intensi di febbre intermittente terzana. Durante il brivido che era lungo ed intenso la donna aveva dolori uterini ed il viscere lentamente s'induriva, e si erigeva alquanto; il collo molle non subiva notevoli cambiamenti: un'abbondante somministrazione di solfato di chinina (grm. 1,50 per giorno) troncò il periodo cessando i successivi e la donna non ebbe più dolori d'utero fino al termine della gravidanza. Tre anni or sono lo stesso Prof. Pasquali, innanzi alla scolaresca, saggiò la influenza del solfato di chinina dato epicraticamente ed in grandi dosi, a donne partorienti, immuni da infezione malarica e nelle quali la dilatazione del collo dell'utero progrediva lenta per inerzia primitiva.

Non solo non si ebbe acceleramento o almeno regolarizzazione delle contrazioni, ma queste non erano più valide di quello che lo fossero per lo innanzi; poichè prese le curve della convessità addominale in senso verticale e trasverso durante le pause e durante le contrazioni, con liste di piombo queste non ci dettero tracciati che fossero diversi da quelli che davano le contrazioni prima della somministrazione della chinina. Nè si creda che queste donne non avessero assorbito il rimedio perchè ci accusavano tinnito agli orecchi e cofosi molto pronunciata. Per tali prove non solo dobbiamo discordare dal Monteverdi, ma scostarci anche dallo stesso Barker di New York, il quale assicura avere dato dosi abbondanti di chinina a brevi intervalli in quei parti nei quali la lunga dilatazione del collo era dovuta ad esaurimento del potere nervoso e depressione del morale; causa ulteriore del prolungato periodo d'espulsione. Egli asserisce la chinina non agire da oxitocico come la ergotina così da causare una contrazione uterina continua, ma essere invece un ristoratore del potere nervoso che eccita l'azione fisiologica del parto. (*Amer. gyn. trans.*, 1878).

Inoltre la numerosa e frequentissima casuistica in discorso, nella pratica clinica dei nostri Colleghi Medici dell'ospedale porta una ferma convinzione che non la chinina ma la infezione malarica interrompa le gravidanze. Che anzi se nei nostri ospedali i fatti clinici si accordassero con gli sperimenti del Monteverdi, le sale mediche dell'ospedale di S. Giovanni in Laterano sarebbero una ecatombe di embrioni e fetini prematuri. Ma in grazia della chinina i nostri medici hanno la convinzione di acquistarsi benemerenza presso le molte gravide malariche, le quali si ricoverano

all'ospedale per troncarvi la febbre micidiale e dal rimedio salvare la propria esistenza e quella del neonato. Ed hanno ragione! Nè devesi credere che l'uso e talora l'abuso della chinina, procurando qualche catarro intestinale, il farmaco non sia assorbito e che perciò si spieghi la sua mancata azione ecbolica; perchè conviene qui dire che forse a Roma, più che altrove, per le gravissime forme perniciose che si presentano si ricorre alle iniezioni ipodermiche di bisolfato in soluzione satura. Or bene ho visto incinte al terzo mese ed al nono sotto tale trattamento non averne interruzione di gravidanza. Ben è vero che questi casi potrebbero chiamarsi eccezionali dal momento che resistettero anche a elevatissima temperatura. Ad altra volta lo studio della malaria e continuato e ridestato nel puerperio.

Sul tema dell'influenza della malaria, sullo stato di maternità e sulla popolazione della classe operaia che si riproduce qui in Roma più che altrove, occorre il pensiero non solo di medico ma anche di sociologo. Le classi più povere di altri paesi, le quali vengono a lavorare l'ingrato suolo che ne circonda e gli abitanti stessi dei dintorni e specialmente di alcune zone malsane della città costretti a vivere in condizioni poco agiate e meno igieniche, sono quelli che nelle loro donne forniscono il massimo contingente di gravide malariche.

Il non esistere in un centro così grande una Maternità propriamente detta — perchè l'attuale può più propriamente chiamarsi uno *sgravatorio*, mi si passi la parola — costituisce un danno permanente per l'avvenire della popolazione laboriosa. Le donne affette da malaria durante gli accessi ricoverano nell'ospedale donde debbono uscire appena sfebbrate. Ritornano ai loro casolari, alle loro occupazioni e si rimettono sotto la influenza del micidiale veleno tellurico. Se a queste donne fosse dato ricovero nelle diverse epoche di gravidanza in luogo salubre entrandovi appena uscite dagli ospedali esse andrebbero scemando l'intensità della infezione e con il riposo, buon nutrimento, animo tranquillo e terapia opportuna, trarrebbero innanzi la loro gravidanza fino al termine e porterebbero alla luce dei feti completamente sviluppati e bene nudriti. Questi, almeno i nati legittimi non sarebbero dei morituri al brefotrofio ma bimbi che le stesse madri vorrebbero da loro stesse allevare perchè non estenuate dalla cachessia malarica. Poichè è da sapersi questo: disgraziatamente avviene presso di noi che molte di tali madri poverissime le quali

vivono alla giornata con il lavoro delle braccia, devono mandare il bambino al brefotrofio perchè prive affatto di latte, che niuna cura appropriata è capace di far secernere a quei simulacri di mammelle. Così i pochi feti che sopravvivono non ostante la loro prematurità, la debolezza materna e l'asilo del brefotrofio crescono forse per non superare l'adolescenza con una eredità la più triste — debolezza organica generale — la quale può prendere le diverse forme: rachitide, scrofola e tubercolosi. Il quale argomento della Maternità, se vale per la cachessia malarica non è meno importante per altre malattie, costituzioni fra cui vedemmo largamente primeggiare la sifilide. Le Maternità intese nel loro vero senso umanitario oltrecchè ad essere ricovero di gestanti povere, dovrebbero avere un compito profilattico morale e materiale. Oltre al riparare molti danni di lesa convenienza sociale ed a prevenirne dannose conseguenze dovrebbero essere istituti prafillattici e terapeutici per le malattie costituzionali materne, avendo di mira il procurarsi una generazione crescente, sana e robusta.

Aborti.

I. Febbraio 1883. N. 68. — Xpara, d'anni 33. — Dopo la terza amenorrea cade battendo al suolo la regione sacrale. Comincia a perdere sangue e ad aver dolori espulsivi intermittenti subito. — Dopo dodici ore espulse un uovo grosso come quello di gallinaccio con tutto il rivestimento deciduale. Durante la espulsione e dopo perde tanto sangue che in meno di un'ora è ridotta estremamente anemica, con minaccia di morte non ostante tutti i soccorsi abituali. Inalazioni di etere amil nitroso. — Riattivata circolazione ai centri nervosi. — Eccitanti diffusivi anelettici. — Dopo quattro giorni la donna volle rientrare in casa. (Vedi mia comunicazione sull'etere amil nitroso nelle anemie acutissime post partum, alla Società Lancisiana degli Ospedali di Roma).

II. N. 119. — Multipara, d'anni 27. — Affetta da cachessia malarica e broncopolmonite della metà superiore del polmone sinistro, abortisce al termine della 16ª settimana. — Espelle il fetino e ritiene gli annessi. — L'emorragia continua ma il canale cervicale è impenetrabile al dito. — Dilatazione del collo con due spugne preparate: espulsione spontanea degli annessi. — Irrigazioni fenicate. — Puerperio regolare.

III. Marzo. N. 153. — Multipara, d'anni 18. — Espelle un feto al 6° mese con secondamento spontaneo. — Il feto è morto e macerato a grado avanzato. — Puerperio regolare. — Nessuna causa apprezzabile.

IV. N, 155 bis. — D'anni 23. — Ebbe già un aborto al 2° mese. Ora è affetta da cachessia malarica e pleurite essudativa sinistra. — Interruzione della gravidanza al 3° mese. — Espulsione del feto e ritenzione dell'uovo per due giorni, senza emorragia. — Segale quando gli annessi fetali stanno nel canale cervicale e loro espulsione. — Puerperio regolare.

V. N. 183. — VIIIpara, d'anni 35. — Alla 20ª settimana espelle un fetino senza seconda che fu estratto subito dopo con raschiamento di cucchiaio. La donna asserisce che da due mesi perdeva sangue. Fra i cotiledoni si notano molte apoplessie. — Puerperio regolare.

VI. N. 248. — Multipara, d'anni 18. — Aborto di maschio di 810 grm., 33 ctm., nato asfittico, ravvivato e poco dopo morto. — Secondamento spontaneo. — Puerperio regolare. — In questo trimestre gli aborti hanno la proporzione del 2,84 % con cause traumi e cachessie malariche.

Puerperii patologici.

I. Febbraio 1883. N. 64. — *Lieve febbre settica.* — Ipara, d'anni 29. — Pelvi leggermente schiacciata. — Parto naturale difficile, compiutosi in 12 ore, di un feto a termine in O. I. S. A. Fu espulso con la mano associata al capo. — La testa restò all'egresso lungo tempo, episiotomia bilaterale: e tagli limitati alla cute delle grandi labbra per un ctm. da ogni lato al passaggio della testa si prolungarono fino al canale vaginale di cui tutto il terzo inferiore visibile, dodici ore dopo il parto è nerastro contuso. — Febbre ascendente da 38° a 40° dal 1° al 3° giorno senza intermittenza, resta subcontinua a 40° fino al 5° in cui tutte le escare sono staccate. Si mantiene a 38° fino al 9° giorno. — Dopo di che la temperatura ha piccole oscillazioni intorno a 37° e le superficie lese sono bene granulanti. — Iniezioni vaginali fenicate quattro al giorno. — Spolverizzazioni delle parti lese con acido salicilico e amido.

II. N. 74. — *Parametrite destra.* — IIpara, d'anni 36. — Pelvi

schiacciata. — Liberata con forcipe allo ingresso tanto in questa che nella prima gravidanza. — Feto molto sviluppato. — Secondamento normale. Due giorni dopo il parto è assalita da molto dolore a tutto il lato destro dell'utero costante, profondo, e che si esagera alla palpazione addominale e si prolunga alle corrispondenti regioni lombare e crurale. La palpazione nella fossa iliaca destra è dolorosa ma non rileva tumefazione di sorta, ma per vagina lungo tutta la parete destra si nota una resistenza pastosa e dolente. La temperatura per circa 24 giorni oscillò intorno a 38° con tre sole elevazioni a 39° a distanze e senza che fossero accompagnate da cambiamenti obbiettivi e subbiettivi della malattia, che si mantenne fino al 31° giorno. La lochiazione non fu mai fetida. Prima di licenziare la paziente si ripete l'esame vaginale, che dette ricostituzione del collo, sensazione di nodi induriti al di là degli sfondati laterali e specialmente del destro, tutti cicatrizzati duri lungo la parete posteriore e laterale della vagina, paralleli al suo asse longitudinale. — Cataplasmi caldo umidi in principio. — Vescicatorii in seguito.

III. N. 75. — *Parametrite destra leggiera.* — Lievi elevazioni febbrili intorno a 38°,5. — Dolorabilità della metà destra del basso ventre, pondìo al mitto dell'urina. — Infiltrazione del parametrio destro. — Guarigione al 20° giorno.

IV. N. 88. — *Perimetrite lievissima.* — Guarigione.

V. N. 89. — *Lieve febbre settica* da ritenzione di cotiledoni, placentari dopo un parto prematuro. — Irrigazioni fenicate al 4° giorno. — Espulsione dei cotelidoni. — Guarigione.

VI. N. 96. — Leggera pleurite e bronchite concomitante abortite allo inizio. — Guarigione rapida.

VII. N. 100. — Lieve perimetrite. — Tintura di iodio. — Guarigione.

VIII. N. 101. — *Cachessia palustre, setticoemia e morte.* — IIpara, d'anni 26. — Ambedue i parti preceduti avvennero al 7° mese. — Ora è accolta in Maternità dopo avere già da un giorno espulso il feto prematuro ritenendo ancora la placenta, da cui fu lacerato, in casa sua, il funicolo per trazioni inconsulte. — È emaciata in volto e prostrata di forze. — Lochiazione fetidissima; utero allungato molle, con orificio interno del canale cervicale chiuso. — Le gravi condizioni della inferma sconsigliarono dall'operare, e si limita l'azione curativa alle irrigazioni antisettiche vaginali. — Al 3° giorno di puerperio morì.

IX. Marzo. N. 128. — *Ragadi al capezzolo* della mammella sinistra. — Linfangioite interna. — Risoluzione con lavande fenicate e caldo umido sul seno.

X. N. 131. — *Febbre settica* da difterite di lacerazioni profonde dell' ostio vaginale, del 3° inferiore della parete posteriore della vagina e parametrite lieve, consecutiva. — Febbre cominciata a 40° il 2° giorno con brivido intenso; dal 3° al 7° giorno a 39°. — Fino al 12° giorno al 38°, dopo di che è scesa al normale. — Irrigazioni fenicate 4 al giorno e negli intervalli per la durata di sei ore le parti lese alla porzione accessibile del canale vaginale sono coperti da polvere di iodoformio. — Guarigione.

XI. N. 139. — *Albuminuria* già esistente in gravidanza, aumentata in puerperio, nei primi quattro giorni, e poi scomparsa.

XII. XIII. N. 140, 147. — Lieve endometrite. — Guarigione.

XIV. N. 154. — Broncopulmonite superiore sinistra sorta al 5° giorno di puerperio. — Volle andarsi a curare in casa.

XV. N. 155. — *Endometrite settica.* — Guarigione. (V. *Versione podalica ed estrazione manuale).*

XVI. N. 181. — *Febbri intermittenti da malaria.*

XVII. Aprile, N. 225. — *Albuminuria in gravidanza e puerperio.* — IVpara, d'anni 31. — Asserisce di avere avuto tutto il decorso di gravidanza normale. Si presenta in Maternità con dolori la sera del 5 aprile. La mattina seguente la partoriente accusa la vista degli oggetti annebbiati nei loro contorni e cefalea. L'urina scarsa in quantità, chiara dà precipitato lattiginoso al calore ed abbondante e fioccoso con l'acido nitrico per $^1/_5$ del volume. Nel pomeriggio dello stesso giorno, cresce la cefalea ed accusa ambliopia. Faccia bluastra, turgide le mucose. Albume nelle urine $^1/_2$ del volume. Sanguigna alla piega del cubito destro di 295 grm. Nel mattino del 7 continuano la cefalea, il peso al capo e la vista confusa. L' urina per tempissimo estratta con il catetere è rosso nerastra, verso il mezzodì chiara e l' albumina vi si mantiene nella proporzione di $^1/_2$ del volume. Alle 3 pom. di questo giorno partorisce facilmente e seconda spontaneamente. Immediatamente dopo il secondamento ha emorragia intra-ed estrauterina. Vuotamento della cavità dell' utero dei grumi ripetuto due volte, irrigazione a 45°. — Segale — Manipolazioni sul fondo dell'utero e vino di Marsala. — The al cognac. — Emostasi. — Il mattino successivo la vista degli oggetti è netta e chiara e l' albumina delle urine è in minore quantità. — Alle 11 antim. del giorno 8

avvertì improvviso senso di calore al volto, cardiopalmo pulsazioni caratidee, affanno, peso e dolore epigastrico, sete intensa. — Senso di esaurimento generale di forze, cefalea e cianosi del volto. — Scariche alvine sciolte, profuse involontarie. — Revulsivi cutanei, volanti. — Eccitanti diffusivi. — Lentamente riprende il colore naturale e la respirazione si calma subentrandovi un profuso sudore freddo. — Per altri otto giorni in sempre minori proporzioni continuarono cefalea, annebbiamento della vista, abbandono delle forze epistassi ed albume nell'urina al $^1/_{10}$ del volume non ostante la ripetuta somministrazione di acido gallico. — In tutto il puerperio la temperatura oscillò sui 37° mentre il polso debolissimo sempre subiva variazioni sensibilissime 90-140 come pure il respiro.

XVIII. N. 245. — *Lieve parametrite puerperale* dopo il parto prematuro provocato in donna già inferma per anemia grave. — Guarigione.

XIX. N. 260. — *Emorragie secondarie puerperali e setticoemia.* — Parto gemello operativo per inerzia uterina secondaria in Vpara emaciata da cachessia malarica. — Secondamento mercè pressioni sul fondo dell'utero un'ora dopo l'espulsione del feto. — Emorragia due ore dopo il secondamento. — Vuotamento dell'utero. — Irrigazione a 50° e segale. — Emostasi. — Nei primi 4 giorni l'utero si mantiene floscio ed espelle sempre grumi. — Al 5°, 8° e 10° giorno accessi febbrili intensi con metrorragia che non si riesce a frenare se non con irrigazioni intrauterine di soluzione officinale di percloruro di ferro. — Lochiazione fetida per decomposizione di escare estese separate dalle causticazioni del percloruro. — Lavande fenicate al 5 % e altre suture di cloruro di zinco a 20 litri per volta. Solo dopo la ripetizione di questa ultima lavanda così prolungata, diminuisce la febbre, conservandosi costante fetidità dei lochi ancora per qualche giorno. Cessata la febbre la puerpera sebbene estremamente anemica ha un appetito vorace. Come tonico-antimalarico le si dà la mistura Baccelli.

XX. N. 274. — *Setticoemia grave.* — Guarigione. — Ipara, di anni 20. — Forcipe nello scavo. — Pelvi schiacciata al 1° grado e parto prolungato per due giorni. — Lacerazione del 3° inferiore della parete posteriore del canale vaginale e delle ninfe d'ambo i lati; grave e profonda contusione di tutti i tessuti circostanti all'ostio vaginale. — Secondamento normale. — Al secondo giorno di puerperio e presa da febbre a 41° preceduta da

intenso brivido, le parti contuse e lacere sono tutte nerastre ed in brandelli. — Irrigazioni prolungate al cloruro di zinco e polverizzazione successiva di iodoformio. — Solfato di chinina. — Le febbre con lievi remissioni mattinali a 38°, 38°,5', sale tutte le sere tra 40°, 41° per circa 14 giorni. Le forze si esauriscono, la colorazione generale si fa giallo-terrea, l'inferma diviene epatica, prima si addolora di sensibilità peritoneale, poi non se ne lamenta più. — Sopravvengono scariche alvine sciolte, infrenabili per circa 20 giorni. — Tutte le notti ha delirio eccitatissimo. — I lembi dei tessuti necrotici si staccano dal 4° al 10° giorno; per limitare la estensione dell'escara ed evitare la infiltrazione d'elementi settici da essa gementi si pennella tutto il canale vaginale per quanto è accessibile alla vista ed il pudendo esterno, con soluzione sutura di percloruro di ferro. — All'11° giorno sopravviene erisipela migrante poco molesta ed anch'essa è limitata nella sua progressione da pennellazioni con la stessa soluzione di percloruro di ferro sulla cute sempre a 3 ctm. oltre la zona affetta. — Guarigione completa in trenta giorni.

GINECOLOGIA

Dal febbraio all'aprile inclusivi furono ricoverate 22 nuove inferme oltre alcune preesistenti, affette dalle seguenti malattie:

Fistole vescico-vaginali	1
Endometrite catarrale semplice . .	2
Endometrite fungosa	2
Cervicite cronica iperplasica . . .	2
Epitelioma del collo dell'utero . . .	2
Polipo del corpo uterino	1
Miomi periuterini	1
Retroflessione dell'utero	1
Parametrite	2
Perimetrite essudativa	5
Ematocele periuterino o intraperit. .	1
Degenerazione cistica del rene destro	1
Idrope ascite malarica	1
	22

Fistole vescico-vaginale.

N. 50. — P. Emilia, d'anni 27, dopo tre mesi da un ultimo parto, si presenta in clinica accusando perdita involontaria d'urina dai genitali e molestissimo bruciore ai pudendi esterni.

La inferma, rachitica in alto grado, fu già assistita due volte in questa Maternità. Nel 1879 partorì operata di cranioclastia (Braun), un feto lungo 48 ctm. e di 1790 grm. (senza cervello), il puerperio fu patologico per pelviperitonite traumatica. Nel dicembre 1881, operata di cefalotrissia (Lollini) su testa seguente partorì un feto di 2650 grm. ed ebbe un puerperio sano. Nel gennaio 1883, partorì a termine fuori della Maternità, lusingata da un chirurgo di potere avere un feto vivo mercè il forcipe: l'operazione però dovette essere compiuta mercè craniotomia; dopo di quest'ultimo parto seguì l'incomodo lamentato. Nella scheda 558, anno 1879 (1º parto) si trovano la seguenti misure pelviche:

Diametro delle spine. . . .	mm.	230
» delle creste . . .	»	250
» obliquo destro . .	»	200
» obliquo sinistro . .	»	180
» bitrocanterico . .	»	260
Coniugata esterna	»	152
» diagonale. . . .	»	83

Pelvi generalmente ristretta, compressa 3º grado, assimetrica per notevole differenza degli obliqui.

Esame attuale. — Denutrizione generale notevole.

Ispezione ai genitali esterni. — Incrostazioni biancastre sulla metà posteriore della vulva, in cui si nota una lacerazione ulcerata che si stende dall'ostio vaginale alla metà inferiore della ninfa e gran labbro destro con margini callosi.

Esplorazione digitale per vagina. — Ampie ed integre le pareti posteriore e laterali, l'anteriore è più ristretta e meno cedevole.

In questa lungo la linea mediana si avvertono due aperture che con il *cateterismo vescicale,* si trovano essere a tutta spessezza del setto vescico-vaginale. Delle due aperture, la prima è ovoide

di un ctm. e mezzo di lunghezza antero-posteriore, ed il suo margine anteriore è a tre ctm. in dentro dell' ostio, la seconda è triangolare, separata dalla prima per un ponte di un ctm. d' estensione; la figura di questa è di triangolo isoscele a lati più lunghi della base, con l'apice al ponte e la base che tocca il labbro anteriore del collo. La *ispezione con lo speculum* in posizione laterale sinistra e nella prona genucubitale conferma il reperto digitale e mostra bottoni carnosi sui margini delle aperture descritte.

Fu tenuta per un mese in trattamento: distensione della vagina mercè pessarii ad aria, recentemente dei margini ov'erano callosi ed eccitamento alla vegetazione di nuovi bottoni carnosi con pennellazione di soluzioni di nitrato d'argento all' $^1/_{10}$ (Bozeman), posizione boccone e lateraprona. Si ottenne notevole riduzione dell'apertura triangolare, ma per ragioni di famiglia volle uscire prima che fosse operata.

II. — Polipo della cavità uterina. — Eliminazione spontanea per gangrena. — Guarigione.

N. 51. — A. Annunziata, d'anni 37, ebbe la prima mestruazione a 14 anni che seguì regolare nel tipo mensile, ricorrenza e quantità nella età nubile.

Matrimonio a 19 anni. Tre gravidanze regolari molto ravvicinate: i due primi parti felici, il terzo terminato con manovre manuali della levatrice, seguite da lesioni per le quali dovette ricorrere a cure mediche.

Dopo quest' ultimo parto, or sono 12 anni, ebbe sempre abbondanti mestruazioni, indolore, ma progressivamente crescenti. Immune da malattie veneree e da lue sifilitica ebbe in questo lasso di tempo, scolo copioso di siero e muco negli intervalli mestruali. Lo scolo mestruale era preceduto da peso ipogastrico e perineale, peso per il quale non poteva tenersi dritta e dovea piegare il tronco in avanti, e che riusciva molesto al sedersi; la sola posizione supina era tollerabile.

Rari gli amplessi sessuali e non graditi; questi, secondo le asserzioni della paziente, sarebbero assolutamente mancate negli ultimi due anni fino a 20 giorni or sono in cui il marito, prima lontano, venne a visitarla. Negli ultimi cinque mesi avvertì vere

e proprie menorragie accompagnate da dolori espulsivi che si alleviavano solo dopo perduta copiosa quantità di sangue. Frequente ma indolente il mitto urinario e coprostasi abituale.

Da circa due anni è tossicolosa e da un mese dice avere febbricole vespertine; fu curata con olio di fegato di merluzzo e preparati di calce. Ricoverata nell'ospedale per la malattia di petto, in una ricorrenza mestruale ebbe una metrorragia così profusa che ne patì i sintomi di anemia grave acuta. Richiesto d'assistenza trovai malattia d'utero e feci trasferire la inferma nelle sezioni di clinica ginecologica il 4 aprile.

Emaciata, dalle carni flaccide è pallidissima in volto e prostrata nelle forze.

Esame toracico dà: triangolo sottoclavicolare destro depresso, non aumento di vibrazione tattile, lievissima ipofonesi alla percussione, rantoli secchi al termine della inspirazione nella metà superiore anteriore del torace destro; ronchi e sibili in ambo i polmoni avanti e dietro, prevalenti a destra.

Esame addominale. — L'ispezione dà appena sensibile rilevatezza dell'ipogastrio sopra il pube. Le *palpazione, percussione* e *misurazione* delimitano un tumore a margini netti di figura ovoide con il fondo a tre dita sotto il bellico e l'apice dietro il pube, sorgente dallo ingresso pelvico è leggermente inclinato a destra della linea mediana, con un diametro verticale di ctm. 14 ed uno trasversale di ctm. 8; esso ha una consistenza molle, pastosa, discretamente mobile ed è indolente. L'*ascoltazione* non dà soffi uterini, soltanto si odono battiti arteriosi trasmessi.

Per vagina si sente la *porzione*, corta, occupare il centro dello scavo, con l'orificio esterno in basso a margini frastagliati inodulari, penetrabile da metà del dito esploratore che percorre un canale cervicale lungo circa 3 ctm. L'orificio interno si supera dal polpastrello che sente il segmento inferiore dal cavo uterino, dilatato, entro il quale pende un tumore mollissimo. Allo *esame addomino-vaginale* si sentono formare un solo corpo il fondo del tumore che si sente dalle pareti del ventre ed il collo che si sente per vagina, specialmente per i movimenti laterali, antero-posteriori e verticali; la pressione addominale facilita l'esplorazione intrauterina del dito che porta fuori detriti fetidissimi. *Sondamento* con catetere elastico misura 11 ctm.

Speculum, collo grosso sfrangiato d'ambo i lati con largo orificio esterno, diretto trasversalmente l'ectropion dei labbri lascia

vedere porzione del canale cervicale la cui mucosa è normale: dal canale geme sangue nerastro, fluido fetido.

Nello stesso giorno 4 aprile si fa una prolungata irrigazione fenicata calda 40° per togliere l'odore fetidissimo dei detriti che escono dalla cavità uterina con il sangue; dopo di che il Professore applica nel canale cervicale al disopra dell'orificio interno una spugna preparata lunga 6 ctm. e larga 15 mm.

Nel giorno successivo il dito può esplorare quasi tutto il cavo uterino, sentendo dure colonne carnose al disopra dell'orificio interno e circondare il fragilissimo tumore intrauterino. Estrazione con pinze, raschiamento, lavande della cavità prima fenicate poi con soluzione a $^1/_5$ di percloruro di ferro e zaffamento vaginale abbondante con polvere di jodoformio. Notte tranquilla e pochi dolori soprapubici nel dì successivo. Il giorno 7 rimedicata perchè geme qualche goccia nerastra dai genitali; l'orificio interno è ristretto. Lavande intrauterine con la sonda Fritsche che penetra per 10 ctm. nella cavità. Introduzione di un fusto di laminaria di 1 ctm. di diametro e lasciata senza zaffamento, si fanno quattro lavande nelle 24 ore. Il giorno successivo si può riesplorare la cavità da cui gemono ancora detriti fetidi e si trova la superficie del cavo uterino disuguale per rilievi ed avvallamenti di diversa consistenza: raschiamento con curette Recamier, lavanda fenicata e zaffamento iodoformico. Lo scolo fetido ha durato altri cinque giorni. Nei giorni successivi scarso scolo sieropurolento fino al 20 aprile senza mai dolori nè elevamento di temperatura sopra a 37°,5″; medicatura iodoformica. Il 29 aprile fu licenziata con un utero ridotto a metà del volume primitivo, inclinato a destra ma ancora rialzato, il suo fondo toccava 7 ctm. al disopra della eminenza ileopettinea destra; il collo è situato a sinistra indietro ed è poco mobile; corpo e collo in anteflessione fisiologica la loro consistenza è normale. Allo speculum la mucosa della porzione, intorno all'orificio esterno è ricostituita. Il mitto urinario è frequente, indolente, la coprostisi abituale si mantiene. La nutrizione generale ha di molto guadagnato sotto l'uso dei grassi alcoolici, tonici, analettici, usati a dose rapidamente crescenti. Fosfato di calce nel cibo, inalazioni e ingestioni di olio essenziale di trementina.

Degenerazione cistica del rene destro.

N. Registro 44. — C. L. — D'anni 40, 1ª mestruazione 14 anni, regolare, abbondante. Fino all'età nubile andò spesso soggetta ad infiammazioni del basso ventre, dolore della fossa iliaca sinistra e leucorrea.

A 22 anni prima gravidanza, parto e puerperio normali. A 27 anni seconda gravidanza interrotta al 4º mese probabilmente per due abbondantissimi salassi. A 29 anni terza gravidanza con parto e puerperio felici. Ebbe sempre ventre gonfio e stitichezza abituale ma stette sempre bene fino all'agosto 1882; quando fu presa da febbri che cessarono solo nel dicembre. Notò che dall'agosto al gennaio il volume del ventre ora aumentava ed ora diminuiva; ma l'aumento notevole con dolori di stiramento fu avvertito solo nel Natale 1882, ed ora soffre esacerbazione per ogni piccola causa o di movimenti ripetuti o di raffreddamento, e del ricorrere delle mestruazioni che si mantengono regolari.

Esame generale: costituzione scheletrica regolare — nutrizione generale discreta — colorito della pelle roseo-pallido — organi toracici sani.

Ispezione locale. — Addome voluminoso emisferico irregolare con il massimo di convessità nell'ipocondrio destro e nella fossa iliaca sinistra, così da scorgervi un ovoide diretto obliquamente da alto in basso e da destra a sinistra. Nel detto ovoide si notano tre sporgenze notevoli: una allo ipocondrio e fianco destro a base del diametro di 11 ctm., una alla regione ombellicale a base del diametro di 8 ctm. ed una terza nella fossa iliaca sinistra a base del diametro di 16 mm.

Il volume e figura del tumore si conservano uguali nelle posizioni sacro-dorsali laterali destra e sinistra, bocconi ed a bacino sollevato.

La palpazione delimita le dette sporgenze per solchi discretamente profondi rileva la levigatezza della loro superficie e constata la consistenza elastica tesa come di cisti contenente liquido, con oscura trasmissione dell' ondata liquida percepibile soltanto nel tumore inferiore. Si solleva la pelle in pieghe ma non gli strati sottostanti per la tensione delle pareti del ventre. La mobilità è impossibile nei due tumori superiori limitata nello infe-

riore. L'ingresso pelvico è tutto occupato dal tumore così che le mani non possono infossarvisi. Diagonalmente al tumore in linea obliqua discendente da sinistra a destra si sente mollezza variabile e gorgoglio intestinale in alcuni momenti. La percussione trova normali la risonanza dello stomaco per area e leggermente spinto a sinistra ed in alto, dell'ala sinistra del fegato, della milza che appare alquanto ingrandita e del reno sinistro. Non vi sono limiti di ottusità fra il fegato ed il tumore nè avanti nè indietro ove la risonanza è tutta ugualmente ottusa.

Dalla metà dell' arcata di Poupart destra salendo verso l' ipocondrio sinistro si sente una zona larga 4 ctm., chiara timpanitica. La risonanza della faccia esterna delle diafisi iliache è ottusa a destra e timpanitica sinistra.

Misurazione: Diametri verticali.

Dalla sinfisi pubica al margine superiore del tumore in superficie	cm. 31
» » » in spessezza	» 24
Dalla metà dell'arcata Poupart destra in superficie	» 26
» » » in spessezza	» 19
Dalla spina iliaca ant.-superiore destra in superficie	» 27
Dalla metà della cresta iliaca destra in superficie	» 13
Dalla eminenza ileo-pettinea sinistra in superficie	» 26
Dalla metà dell'arcata di Poupart sin. in superficie	» 16
» » » in spessezza	» 15

Misure simmetriche oblique.

Dalla cicatrice ombellicale alla spina iliaca anteriore superiore destra . . . . . , . . .	» 19
» » » sinistra	» 22
Diam. trasverso massimo del tumore in superficie	» 46
» » » in spessezza	» 29
Circonferenza all'ombellico	» 86
Circonferenza al massimo di convessità del tumore	» 90

Esame dei genitali. — Vulva normale. — Vagina corta. — *Porzione* 2 ctm. portata in dietro, in alto ed a destra. — Sfondato vaginale anteriore ampio, piccolo il posteriore. — Il destro più

basso del sinistro; nel primo si palpa un corpicciuolo nodoso, dolente al pigiarlo. In posizione genucubitale, oltre i detti caratteri, si palpa la faccia anteriore del collo e corpo dell'utero.

Per il retto, in posizione prona, si sente nella metà posteriore dello scavo un corpo duro, molto resistente.

La *punzione esplorativa* non fu praticata, sebbene la paziente stesse qualche tempo nella sala, per tema di una peritonite diffusa; perchè spessissimo, specialmente nelle epoche mestruali, avea dolori puntorii stiranti or qui or là con forti febbri a freddo, vomiti, allibimento del volto e polsi filiformi. Fu fatta diagnosi di *cisti ovarica multiloculare probabilmente destra con vaste aderenze posteriori e con un' ansa che l'incrocia allo innanzi.* Fu eseguita l'operazione il 16 maggio 1883 con tutte le cautele antisettiche. I momenti più importanti furono la dissezione e legatura bilaterale dal mesocolon, dietro al quale si trovò il tumore (circa 20), lo scollamento del tumore delle vaste aderenze posteriori nel fianco e fossa iliaca destra e la legatura dell'uretere e dei vasi emulgenti alla loro origine della aorta e della vena cava. Tutte le legature furono doppie e ne furono lasciate perdute nel cavo addominale circa 40. Si fece una rigorosa toilette del peritoneo ove si lascia pescare nella piccola pelvi, assicurato all'angolo inferiore della ferita addominale, un tubo drenaggio di cristallo di Hegar.

La operazione durò due ore e mezza, e l'anestesia fu sempre completa e senza gravi accidenti, se si eccettui una breve sospensione perchè il polso o respiro minacciavano arrestarsi; inalazioni generose di etere amil nitroso ed iniezione di un grammo di tintura alcoolica di muschio la rimisero in istato di continuare l'anestesia.

Risvegliata bene al termine dell'operazione fu rimessa in letto circondata da sviluppatori di calore alle estremità ed al capo alle 2 pomeridiane.

2. 45 pom. — P. 140, T. 37,7, R. 42. — Accusa freddo e mezz'ora dopo suda, smania per togliersi il calore dal capo.

6. 15 pom. — T. 38,8, P. 140, R. 46. — Riposa discretamente. — Poco dopo accusa oppressione epigastrica.

8 pom. — T. 38, P. 144, R. 54. — Ha eruttazioni dopo ingeriti cucchiai di laudano e cognac.

8. 30 pom. — Dal drenaggio di vetro si aspirano 10 c. c. di sangue torbido con bolla di grasso galleggiante. — Poca urina in vescica.

12 pom. — Ambascia rapidissima dopo movimenti di elevazione delle gambe ed in pochi minuti morte.

All'autopsia eseguita il dì seguente dal Dott. Ferraresi, assistente alla Cattedra di Anatomia Patologica, si trova il peritoneo parietale opacato e rivestito da essudato tenuissimo di colore giallo-torbido, ed i margini inferiori della ferita longitudinale già accollati e leggermente riuniti. L'impianto mesenteriale del cieco e colon ascendente per l'estensione di 46 ctm. è escisso con legature perdute. Nel cul di sacco della regione renale destra si raccoglie discreta quantità di siero sanguinolento (circa 100 grm.), commisto a fiocchetti di fibrina. Asportando tutto il pacco intestinale al di dietro del cieco, 4 legature, una delle quali a livello del promontorio del sacro ed alla sua destra intersecante diagonalmente il decorso delle iliache, comprende l'uretere enormemente ectasico 2 ctm. di diametro e due grossi vasi. Il peritoneo della regione renale destra del fianco destro e fossa iliaca destra — è inciso e scollato. L'arteria iliaca destra è scoperta. A destra della colonna vertebrale a livello del margine inferiore del fegato una poderosa legatura in massa ove si trovano comprese arteria e vene renali, questa allo imbocco della cava quella a 4 ctm. dallo sbocco aortico.

Stomaco ectasico, fegato anemico e milza ingrandita 17 × 10 centimetri.

Torace. Aderenze pleuriche antiche bilaterali. Normale cuore e liquido pericardico e grossi vasi. — Congestione ed edema dei polmoni.

Rene sinistro aumentato in toto mm. 155 × 75, normale struttura ad occhio nudo.

Piccola pelvi. — Vescica vuota. — Utero mediano, anteflessione normale. — Trombe idropiche saldate ai lati del retto. — La destra ha molte briglie che vanno alla parete posteriore del collo e corpo dell'utero.

Uretere destro non dà secrezione il sinistro da fiocco giallastro in vescica.

Ovaie normali.

Il tumore estratto appare essere il rene destro costituito da tante cisti di diversa dimensione (testa di feto e noce) comunicanti con una cavità centrale che fa capo all'uretere dilatato immensamente. Il tumore dilatato e riempito mostra la figura renale con un ilo bene distinto e misura lunghezza di 28 ctm., larghezza di 16 ctm. con spessezza di 12 ctm.

Nell'ambulatorio, nel secondo trimestre, furono visitati casi nuovi N. 45, cioè:

Cancro del collo dell'utero	4
Metrite cervicale iperplasica	8
Endometrite blennorragica	2
Endometrite lenta	8
Gravidanza al terzo mese	4
Perimetrite post. con briglie essudative	5
Perimetrite anteriore	1
Endometrite fungosa emorragica	1
Anteflessione patologica	2
Retroversione patologica	3
Abbassamento di utero con rettocele	1
Subinvoluzione uterina	2
Fibroma poliposo	1
Superinvoluzione e dismenorrea	1
Prurito vulvare	1
Isterismo	1

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze

diretto dal Prof. Cav. **D. CHIARA.**

Un altro caso di sclerosi sifilitica del segmento inferiore dell'utero come causa di distocia; scarlatina regolare in puerperio. — Storia narrata dal Dott. ANTONIO MARTINETTI, Medico Assistente.

Nel numero di questo giornale uscito nel dicembre u. s., dopo aver narrato un caso di distocia meccanica del canale molle, probabilmente di origine sifilitica, io annunziava come in questo Ospizio di Maternità di Firenze, si fosse verificato un altro caso che con quello già esposto aveva qualche analogia. Eccomi ora ad esporlo brevemente secondo la fatta promessa.

Il giorno 10 dicembre 1883 fu accolta nella sezione delle illegittime di questo Stabilimento la giovane N. N., d'anni 17, sarta. Di costituzione evidentemente debole, era altresì alquanto anemica. Interrogata ci disse di essersi sempre nutrita miseramente e di avere abitualmente abitato case umide e buie; però escluse di aver sofferto malattie d'importanza, nemmeno gli esantemi proprii dell'infanzia. Interrogata circa la sua vita sessuale ci disse come per la prima volta fu mestruata a 14 anni, che le mestruazioni furono di poi sempre regolari per periodo, qualità ma che duravano solo tre giorni e che erano scarse; però giammai dolorose. Ci disse altresì che all'età di 7 anni fu deflorata da un uomo adulto, anzi coniugato; il quale dipoi, minacciandola di ucciderla se avesse parlato, ne abusò abitualmente e ripetutamente. Ora disse di essere incinta per la prima volta e di ritenere imminente il travaglio per i forti dolori.

Procedendo ad un esame ostetrico trovammo tutti i segni per fare diagnosi di gravidanza endouterina al principio del nono mese con feto vivo; e dalla palpazione addominale e dall'ascoltazione credemmo di poter stabilire trattarsi di presentazione dell'ovoide cefalico in posizione destra. Per correggere o altrimenti specificare ancor più questa diagnosi, ci accingemmo al riscontro digito-vaginale; ma gettando un'occhiata sui genitali esterni vedemmo la vulva colorata intensamente in rosso vinoso, e sparse qua e là sulle grandi e sulle piccole labbra varie papule sifilitiche, alcune delle quali umide secernenti, altre già essiccate. Interrogando di nuovo la donna se sapeva di essere sifilitica, ci rispose constarle che l'uomo col quale usava era malato, e credeva di sifilide, ma che essa non s'era mai accorta di aver contratto alcuna malattia, per quanta attenzione facesse. Procedendo oltre nell'esame trovammo alla forchetta una lacerazione di antica data, che si addentrava per circa 3 ctm. nella vagina, e che insieme alla presenza di caruncole mirtiformi (non però tipiche) faceva ritenere la donna multipara. Ma questa ci fece osservare che avendoci confessato cose ben più vergognose, non avrebbe avuto nessuna difficoltà a rivelarci un altro parto, se l'avesse avuto. Del resto poi trovammo le pareti vaginali molto rugose, sebbene molli e dilatabili. Spinto il dito laddove si credeva trovare il collo o l'orificio sul principio non lo potemmo avvertire, ed il segmento antero-inferiore dell'utero si continuava, per dir così, col segmento postero-inferiore; solo sentimmo subito una resistenza cartapecoracea di tutto il segmento inferiore. Esaminando però più diligentemente il punto dove si poteva supporre l'orificio, si avvertì una piccola rilevatezza lineare, che certo uno poco pratico non avrebbe giudicato per l'orificio. Applicato lo speculum vaginale si potè vedere che il labbro anteriore e posteriore erano conglutinati, tenuti insieme da una piccola striscia di tessuto epiteliale, tale almeno appariva macroscopicamente. Del resto, oltre l'indurimento cartilaginoso, analogo a quello di cui già parlai altra volta, e oltre le papule sifilitiche già accennate, niente altro si apprezzava nè sull'ostio vaginale, nè nella vagina, nè sull'utero.

I dolori intensi, il loro carattere e l'impegno dell'estremo cefalico ci avvertivano che il travaglio era già cominciato e che bisognava soccorrere la donna.

Il Prof. Chiara, visto che l'energiche contrazioni dell'utero

erano insufficienti a vincere quella distocia, volle intervenire, ma avanti di accingersi ad un atto operativo di maggior importanza, volle tentare la dilatazione digitale, ed il tentativo riuscì bene perchè introdotto nell'orificio l'apice del dito indice e facendo un moto di dilatazione circolare, il conglutinamento cedè. Non però seguì regolare dilatazione, perchè il segmento inferiore così indurito com'era, offrì un'ora circa di resistenza; di poi il labbro anteriore spontaneamente e bruscamente si spaccò, e poco dopo si ebbe dilatazione completa. Riscontrata la donna si constatò una posizione O. I. D. P.

D'allora in poi il parto decorse normale, e la donna, la sera del medesimo giorno della sua ammissione nell'Ospizio, alle ore 7,45 pom. espulse un bambino maschio, apparentemente sano e ben conformato.

Nel puerperio questa medesima donna fu affetta da scarlattina, ed il decorso di questa mi pare sia bene riportare, perchè credo che avvalori sempre più il concetto che io mi sono formato che nè lo stato di gestazione nè lo stato puerperale possano modificare tanto i processi morbosi da far loro prendere tipi per fenomeni affatto diversi da quelli che ordinariamente si riscontrano. Per uno che abbia poca pratica, come io sono, è forse un'audacia il dire generalmente che è inutile il considerare le malattie nel puerperio sotto un aspetto diverso di quel che nei casi ordinarii si faccia; ma in realtà io credo che clinicamente si debba bensì tener conto dello stato puerperale, come quello che naturalmente modifica l'organismo, ma che però sia errore il ritenere che in questo stato le malattie abbiano una fenomenia ed un decorso affatto speciali. — E venendo al caso speciale il Mac-Clintock dice che si cercherebbe invano negli autori notizie particolari della scarlattina delle puerpere; ed a lui rispondendo l'Hervieux fa una non breve rassegna di scrittori che si occuparono di detta malattia; però in sostanza concorda con l'autore inglese che l'atto del parto, le condizioni nelle quali esso lascia il complesso dell'economia, l'esaltazione della sensibilità, lo spossamento delle forze, l'attività esagerata delle funzioni d'assorbimento e di secrezione, il difficoltato circolo, ecc., creino presso la puerpera, come egli dice *une véritable aptitude à la contamination du sang par certains poisons morbides et par le poison scarlatineux en particulier.* — E partendo da tale idea questi autori negano al processo scarlattinoso quei fenomeni distinti che abitualmente si osservano nei

casi di ordinaria scarlattina; senza forse ben notare che anche nei soggetti che non siano puerpere si hanno spesso, assai spesso, o fenomeni che non sempre si osservano, o invece frequentemente mancano fenomeni che ha, per così dire, la scarlattina classica. Ma volendo io limitarmi alla pura e semplice casistica non starò a riferire tutti quei caratteri differenziali per cui si è creduto bene dovere distinguere la scarlattina puerperale dalla ordinaria; solo rammenterò che o si è voluto negare o si è ammesso come *d'une brièveté remarquable* il periodo d'incubazione; che si è voluto negare che la febbre sia preceduta da brivido; che il Mac-Clintock, — e l'Hervieux l'ammette, — dà come segno caratteristico la mancanza di qualunque complicanza per parte della gola; che per di più si è detto che l'esantema non si manifesta al collo, alla faccia, ai ginocchi, alle gambe, alle mani e ai piedi. Vero è però che la faccia si ammette rossa di un rossore piuttosto congestivo che scarlattinoso. — Orbene, nella nostra donna le cose procederono invece come in un caso comune. Non si sa se vi sia stato periodo prodromico, ma certo per questo non potremmo escluderlo, come fa l'Hervieux, perchè nel nostro Ospizio non v'è nè v'è stata mai o grande o piccola epidemia di scarlattina, che l'autore citato ammette avere agito come causa del tutto locale nei casi da lui osservati; nè ci ripugna il credere che senza che esista in città epidemia, possa tuttavia sporadicamente verificarsi qualche caso.

Circa 11 ore dopo avere partorito la donna fu presa da un brivido intenso, che durò circa 2 ore, cioè dalle 7 ant. del giorno 11 dicembre sino alle ore 9 circa, e la temperatura da normale che era stata sino allora, salì a 38°,2, e più tardi nella giornata a 40°,4. Contemporaneamente su tutta la superficie del corpo si manifestò l'eruzione scarlattinosa (varietà laevigata), non rispettando nessuna parte; vero però che sulla faccia poteva dirsi rossore congestivo. Tralascio di notare quei fenomeni che i trattatisti di malattie puerperali, accordano trovarsi quali fenomeni dello stato morboso in discorso, quali la cefalea, l'enfiore, specie della faccia, catarro delle fosse nasali che dà leggera infiammazione delle narici, la congiuntiva iniettata, ecc. Noto però che nel nostro caso si osservò la laringite, dovuta certamente alla scarlattina, laringite che, come già dissi, si vorrebbe negare. Nel secondo giorno la temperatura oscillò fra i 39°,5 e i 40°; le pulsazioni furono fra le 128 e le 140; le respirazioni fra 32 e 36; sulla sera l'eru-

zione generalmente e uniformemente diminuì alquanto. Nel terzo giorno la temperatura oscillò fra i 38°,8 e 39°, il polso dette da 102 a 104 pulsazioni, le respirazioni furono 28. Nel quarto giorno si ebbe quasi apiressia perchè al mattino la temperatura fu 37°,8, con 100 pulsazioni e 28 respirazioni; ma la sera il termometro segnò 40°, le pulsazioni furono trovate 110, le respirazioni 36. L'eruzione scomparsa alla faccia, al collo e al tronco si mantenne agli arti, specie alle articolazioni, ma molto diminuita. In quinta giornata si ebbe apiressia quasi completa, solo la sera la temperatura salì a 38°, le pulsazioni furono 100, le respirazioni 26; scomparve del tutto l'esentema; e s'iniziò il periodo di desquamazione. Nei giorni appresso la donna non manifestò più alcun sintoma della malattia sofferta, cosicchè nella nona giornata dopo l'eruzione, decima dopo il parto, volle assolutamente uscire dall'Ospizio e ne partì il giorno 19 dicembre.

Ho voluto, lo ripeto, riferire questo caso, per contribuire anch'io a togliere il preconcetto che lo stato puerperale sia qualche cosa di affatto diverso, di non fisiologico che di per sè solo possa influire sinistramente sulla donna. Credo che i processi morbosi, essendo per così dire la donna in uno stato di minor resistenza generale, possano spesso essere più gravi nelle puerpere, ma non credo per questo come il prof. dimostrava nell'anfiteatro intrattando la scolaresca di questo caso, che mutino natura nè sintomatologia; e questo specialmente riguardo ai processi infettivi, nei quali bisogna considerare sempre che le cause che le generano, appartenendo o al regno animale, o essendo di natura chimica devono sempre avere sviluppo necessariamente regolato dalla loro costituzione.

In quanto all'indurimento cartilaginoide del segmento inferiore dell'utero, ripeto, come dissi nell'altra osservazione, che mi astengo dal fare considerazioni speciali; contento di poter accumulare materiale di studio anche per altri che, come me, colpito dalla singolare coincidenza dell'indurimento scleroso dell'utero con la sifilide, voglia indagare se vi sia relazione e quale fra questi due stati morbosi, e quale la influenza su' vari periodi dello stato di maternità.

Corrispondenza scientifica da Parigi

SOPRA UN CASO

DI

PLACENTA BILOBATA PREVIA

Illustrissimo Sig. Professore,

Come in tutti gli Ospedali di Parigi ove si pratica e si insegna l'ostetricia, così accolto gentilmente dal Dott. Giulio Cheron, libero docente in ginecologia, nel suo dispensario per le malattie delle donne, il giorno 17 dicembre, ebbi occasione di sentire dal Dott. Verrier, libero docente in ostetricia e preparatore alla Facoltà di Medicina, comunicare un caso, occorsogli nell' esercizio privato, di *placenta bilobata,* costituita da una porzione placentare di volume pressochè normale e da una piccola di circa otto centimetri in tutti i diametri, con questo di particolare che la prima aveva inserzione marginale, la seconda era inserita centro a centro sul collo.

Ecco l'osservazione: — Si trattava di una primipara di 19 anni in cui all'ottavo mese e mezzo di gestazione, dichiaratosi il soprapparto, si iniziava una emorragia imponente e tale da necessitare l' intervento di un ostetrico. Il Dott. Verrier sopracchiamato, dopo accurato esame della donna, venuto nel concetto che si trattasse di placenta previa centrale, credè bene, essendo appena permeabile al dito esploratore l'orifizio uterino ed integre le membrane, di praticare il *tamponamento* il quale ben presto produsse l'effetto desiderato. Oltre all'arrestarsi la perdita, l'utero cominciò a contrarsi validamente e dopo sei ore cacciò fuori in-

sieme al *tampone* un grosso grumo che bene esaminato era costituito per la massima parte da una piccola placenta del volume sopraccennato.

Intanto la testa presentantesi con il vertice si era profondamente impegnata, cessato completamente lo scolo sanguigno. Mantenendosi buone le condizioni del feto fu creduto prudente il soprassedere, ed infatti dopo poco se ne ebbe spontanea la espulsione, la quale per altro fu seguita da grave emorragia che impose la pronta liberazione ottenuta colla semplice spremitura dell'utero, operazione che ben presto fece venire al di fuori la seconda placenta inserita *marginalmente*. Frenata così la perdita non tardò molto a ripetersi, e cessò soltanto dopo un protratto *massaggio* uterino e una iniezione ipodermica di ergotina.

Ho creduto non fare cosa affatto inutile riferendo questo caso, perchè per quanto io abbia rovistate varie opere e antiche e moderne trovo nella letteratura ostetrica molte osservazioni sulla placenta succenturiata anche multipla, ma non simili alla precedente, resa unica ed importante dalla viziosa inserzione del piccolo cotiledone placentare.

Infatti il Cazeaux (1), per esempio, riferisce un caso di placepta doppia per un solo feto operato nella Clinica dello spedale di Berlino e riportato dal Dott. Ebert, casi di placenta succenturiata osservati nella Clinica ostetrica di Parigi ed uno occorso e pubblicato dallo steso Dubois. Parla pure del noto caso di Blot in cui la placenta era formata da una massa pressochè uguale alla ordinaria intorno alla quale erano cinque cotiledoni isolati e uniti da vasi che andavano a raggiungere le ramificazioni del cordone. Egli stesso comunicò alla *Société de Biologie* un caso di placenta bilobata osservata in una gravidanza gemellare nella quale l'altra placenta era normale.

Il Prof. Tarnier il 31 febbraio 1882 comunicava un caso di placenta bilobata di cui la porzione principale pesava 410 grm., quella accessoria, che rimasta nell' utero aveva dato luogo alla emorragia, 140 grammi (2).

Nel *Nouveau Dictionnaire de médicine et chirurgie pratique* è citato, all'articolo in proposito, Hyrtil che ha riferito casi di placenta bipartita e multiloba. Il Dott. Champnez (3) presentò alla

---

(1) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 1880.
(2) *Annales de Gynécologie*, avril 1882.
(3) *Annales de Gynécologie*, novembre 1883.

Società ostetrica di Londra nella seduta del 3 ottobre 1883 una placenta succenturiata ed il Dott. Dolz pure inglese, cita un caso di placenta bilobata di cui la piccola porzione rimasta nell'utero aveva dato luogo dopo il parto ad emorragia mortale.

In tutti questi casi riferiti e in altri ancora o non si sono verificati accidenti gravi o sono intervenuti dopo il parto, mentre in questo del Dott. Verrier la placenta succenturiata ha fatto risentire la sua triste influenza avanti il parto dando luogo ad una grave emorragia, coefficiente maggiore della quale è lecito ammettere sia stato il piccolo cotiledone placentare inserito sul collo, pur non escludendo che una certa influenza nella produzione della perdita l'abbia potuta spiegare la porzione maggiore della placenta la quale era molto in prossimità dell'orifizio uterino; tanto, che esaminati accuratamente gli annessi dopo il parto, e raffrontati i lacerti di membrane adesi alle due placente, si trovò che queste non distavano più di un centimetro e mezzo fra loro e che erano unite da un ponte membranoso solcato da vasi sanguigni i quali provenienti dalla piccola placenta andavano a raggiungere le ramificazioni del cordone che era inserito sul polo inferiore della porzione principale di seconda.

Con il dovuto rispetto

Parigi, 28 *dicembre* 1883.

Devotiss.

Dott. Vittorio Frascani

ex-assistente alla Clinica ostetrica di Firenze.

RIVISTA GINECOLOGICA AMERICANA

del Dott. Cav. M. VERCELLI

I.

Cura dei fibromi uterini.

La razza anglo-sassone ha il triste privilegio di essere più frequentemente di ogni altra affetta da fibromi uterini. Klob, basandosi sopra reperti necroscopici, non esita ad affermare che un quarto delle donne di tale schiatta non ne è esente, come siano giunte all'età di quarant'anni. A tanta jattura soccorre natura provvida raggruppando tai neoplasmi in modo che per le loro manifestazioni molti passano quasi inosservati, e fra quelli in cui è necessario l'intervento del ginecologo, taluni sono ancora del dominio della chirurgia conservatrice, cosicchè è in proporzione minimo il numero di quelli che richiedono l'isterotomia o l'ooforectomia.

Sul valore intrinseco e relativo di queste due operazioni sono divisi i pareri dei ginecologi americani. Gaillard Thomas è d'opinione che a questo non debbasi ricorrere se non in circostanze molto eccezionali. « Finchè, egli dice, havvi la possibilità di fissare il forcipe Vulzelle fermamente sopra il tumore entro la cavità dell'utero, meglio è attenersi a questo mezzo, assai meno pericoloso dell'isterotomia e dell'ooforotomia. Molti indietreggiano dall'uso di tale strumento, paventando le perforazioni uterine; e per vero niun altro accidente nelle operazioni ostetrico-ginecologiche vale ad indurre un senso di raccapriccio e d'orrore quanto la procidenza delle intestina per la vagina. In tale disgustoso frangente mi trovai tre volte, e volle fortuna che in tutte e tre le operate siasi ottenuta perfetta guarigione a dispetto di un simile accidente. »

Non ostante tanta fiducia nel forcipe Vulzelle, egli nel giro di pochi anni si trovò costretto di ricorrere tredici volte alla laparotomia in causa di tumori fibrosi, ed in tutti i casi, facendo poco fidanza sulla estirpazione dei soli annessi, eseguì l'ablazione totale dell'utero.

L'isterotomia in America non ha finora dati i brillanti risultati che si vantano in Europa: gli stessi ginecologi americani lo ammettono e confessano di non sapercene dare ragione. Ciò spiega forse in parte la tendenza dei chirurghi americani a procedere all' ooforectomia avendo a scegliere fra questa operazione e l'isterotomia.

L' ooforectomia intraveduta da Blondell nel 1823, fu elevata a metodo da Battog nel 1874, e prese posto definitivo nella chirurgia moderna per opera specialmente di Hegar, Pronholn, Tait, Sarage ed altri; il suo valore sopra ogni altro metodo di cura dei tumori fibrosi dell' utero rimane indiscutibile, ove si ponga mente alla statistica redatta fino al 1882 da Knowley Thornton. Da questo si apprende infatti che mentre la mortalità per l'isterotomia è del 40,70 per %, nell'ooforectomia discende a 8,16 per %.

Coll'estirpazione degli annessi dell' utero nella cura dei fibromi uterini non si ha altra mira fuorchè diminuire la quantità di sangue che si porta all' utero, cosicchè quei neoplasmi invece di crescere, si raggrinzano, si atrofizzano passando per una metamorfosi regrediente. Parrebbe adunque a prima vista che ad ottenere un simile effetto, dovesse essere più logico l'allacciare direttamente le arterie uterine; ma l' osservazione ha dimostrato che mentre queste solo eccezionalmente trovansi dilatate nei casi di tumori dell' utero, per regola quella dei legamenti larghi e della ovaia trovansi che hanno acquistato un volume esagerato: ed è singolare fortuna un tale stato di cose, perchè l'allacciatura delle arterie uterine costituisce un atto operatorio assai difficile e si corre ognor pericolo di comprendere nel laccio anche gli ureteri. Egli è ovvio del resto che senza l'estirpazione degli annessi dell'utero, il lato razionale di questo metodo curativo resterebbe imperfetto, a causa del molimen emorragico mensile, il quale se per eccezione è in rarissimi casi di estirpazione di ambo le ovaia ancor segnalato, lo è tuttavia in modo sì imperfetto ed irregolare, che non vale a menomare gli effetti salutari dell'operazione. Thorton di New York non ebbe mai a lamentare un

tale inconveniente, mentre Goodhell di Filadelfia asserisce che quando entrambi gli ovari sono estirpati, nei quattro o cinque giorni seguenti all' operazione notasi ognora la comparsa di una falsa mestruazione, che egli ripete dall'irritazione dei nervi ovarici stati compresi nell' allacciatura.

L'entusiasmo del Thorton per l'ooforectomia è tale che la vuole preferita alla stessa enucleazione *per vaginam* dei fibromi intramurali e sottomucosi, a meno che questi coll'assottigliamento e colla necrosi dell'endomatorio già manifestino tendenza all'eliminazione spontanea. Così affascinati di tale operazione non sono però gli stessi suoi confratelli d'America, che la vogliono rilegata a latere delle sole indicazioni dell'isterotomia, la quale poi considerano la sola ancora di salvezza ogniqualvolta si sospetta che in vasto fibroma per protratta cura colla segale cornuta, già sia insorto il processo di necrobiosi centrale, ed in tutti i casi in cui il volume del tumore e le aderenze colle finitime parti rendono stentata a causa di soverchio stiramento l' allacciatura delle ovaia e delle trombe, avendo l' esperienza provato che in questi frangenti facilissimo è il collasso e sì imponente da essere obbligati a sospendere l'amministrazione degli anestetici e prolungare di soverchio l' atto operativo.

La descrizione dell' operazione non può fare parte di una rivista; sì minimi sono i dettagli delle più formidabili operazioni e tutti egualmente importanti per impedire delle catastrofi, che a chi voglia intraprenderle è indispensabile l' intero tracciato che ne dà l'autore.

II.

Nuovo metodo di esame e di trattamento delle malattie dell'uretra muliebre.

È pratica quasi universalmente accettata dai chirurghi americani di aprire artificialmente una fistola vescico-vaginale, quando in donna si presenti il caso di lenta cistite restia ai comuni mezzi terapeutici: lo stato d'inerzia in cui è così lasciato l'organo ammalato e lo sgorgo dell' urina appena secreta, senza cioè che per

il suo alterarsi aggravi la condizione della mucosa ammalata, coadiuvano potentemente la cura di tale affezione. Thomas Addis Hemmet, dopo avere avuto dei grandi successi seguendo simile indicazione, or fanno otto anni ebbe ad operare una donna per supposta cistite, in cui i fenomeni cessarono per incanto all'aprirsi della fistola vescico-vaginale, per riprodursi con eguale intensità quando, trascorse alcune settimane, credendo vinta la malattia, si addivenne alla chiusura della fistola. Convinto allora che la sede della malattia dovesse essere nell'uretra ed a nulla approdando coll'esame delle sonde e dello stesso endoscopio si decise a spaccare l'uretra e trovò un polipo grosso al collo della vescica, esportato il quale l'ammalata si sentì perfettamente guarita. Edotto da questo fatto egli nel suo servizio ospitaliero incominciò una serie di investigazioni sulle affezioni dell'uretra muliebre, e venne alla conclusione che intorno a queste le nostre cognizioni sono oggigiorno al punto in cui trovavansi quarant'anni or sono le malattie uterine, colpa i mezzi di diagnosi ognora inadeguati e di poco valore pratico, eccezione fatta della bottoniera da lui elevata a metodo universale. Per praticare quest'operazione egli ideò un paio di forbici che pur si scostano per la loro forma da quelle usate per le bottoniere usuali, solo che la branca da introdursi nell'uretra è di forma rotonda. Si fa decombere la donna sul lato sinistro e si procura l'anestesia generale. Si introduce in vagina un speculum di Sims di medio volume affine di avere in vista la superficie vaginale che ricopre il tratto uretrale, e si incide la parete vaginale dell'uretra nel punto intermedio fra il meato esterno ed il collo della vescica; l'incisione viene poscia prolungata all'indietro fino al collo della vescica, il quale conviene non venga leso se vuolsi che la donna non perda il suo controllo nella funzione del mingere, ed in avanti fino a piccola distanza del meato esterno, che bisogna guardarsi dal non dividere completamente, ciò che sarebbe di non lieve incaglio quando si avrà di ricondurre l'uretra nel pristino suo stato.

Quando si pratica l'operazione a solo scopo diagnostico, finito l'esame si riuniscono le labbra della ferita con fili d'argento; l'ammalata resta in riposo per circa una settimana, evitando più che si può di praticare il cateterismo.

Fra le anomalie che l'Emmet ebbe a studiare la mercè della bottoniera dell'uretra, merita speciale menzione il prolasso della mucosa di questo canale. Questo tessuto è basso e sovrabbondante

presso il collo della vescica: contrariamente alla generale credenza presso gli ostetrici che l'uretra per la sua posizione elevata dietro il pube, non possa menomamente venire intaccato per il lavorio del parto, pare che la pressione della testa del feto valga ad aggomitolarne una maggiore o minore porzione, che si fa procidente al meato esterno, per lo stesso processo che si ha il prolasso dell'ano; spesso la mucosa non regge al soverchio stiracchiamento e si rompe. Emmet assicura che dacchè ebbe a fissare la sua attenzione sopra questo argomento, trovò che le lacerazioni della mucosa uretrale in conseguenza del parto sono tanto comuni quanto quelle del perineo, e più frequenti di quelle dello sfintere dell'ano. Apparisce in questi casi il meato urinario più beante dell'ordinario, di forma triangolare coll'apice rivolto in alto. Poco appassionati sono da principio i sintomi della patita lesione, e quando poi per il congestionarsi ed inspessirsi della mucosa fannosi più manifesti i disturbi, sogliono essere attribuiti a spostamenti uterini od a tutt'altra causa fuorchè ad ingiuria del canale dell'uretra. In questi casi si ricorre alla bottoniera più come mezzo di cura, che a scopo diagnostico: afferrata in fatto la parte prolassata con pinze, viene tirata fra i bordi dalla bottoniera, e compresa nella medesima cucitura.

Quale conseguenza dell'ispessimento, soverchia distensione della mucosa e dello strato sottomucoso dell'uretra e rottura, si ha l'uretrocele. Si formano allora dei seni in cui si ferma l'urina e col suo alterarsi aggiunge una all'irritazione. — La formazione dell'uretrocela viene frequentemente attribuita a previa lacerazione del perineo: ciò però non è strettamente esatto, perchè il perineo venne lacerato nell'istante istesso che fu colpita l'uretra: solo che mancando a questo un conveniente punto d'appoggio, e tale condizione essendo aggravata dallo stato del perineo, più stentato e difficile riesce il lavorio di cicatrizzazione. Nel principio di ogni caso di uretrocele Emmet è d'opinione, che debba accadere una maggiore o minore lacerazione delle fibre muscolari longitudinali dell'uretra.

Importantissimo poi è lo studio delle lacerazioni dell'uretra femminile che sogliono accadere in conseguenza di dilatazione forzata e che hanno per inevitabile sequela l'incontinenza d'urina. Presso il collo della vescica havvi abbondanza di tessuto lasso, che scompare per strato col distendersi di tale viscere. Come l'estensione ha raggiunto il massimo grado, la vescica presso il

collo si foggia ad imbuto, convergendo le pareti verso la punta, per incurvarsi sotto il pube e fissarne l'uretra. Spaccando il retto vescico-vaginale in ammalate che soffrivano d' incontinenza d'urina in seguito a dilatazione dell'uretra, la mercè di luce riflessa e di specchio laringeo, ebbe a constatare la presenza di un tessuto di cicatrice attraverso parecchie delle pieghe circumabienti al collo della vescica.

Conoscendo noi che il collo della vescica è fortemente inclinato all'ingiù sotto l'arco del pube, e trovasi in questo punto in stretto rapporto colla resistente faccia pelvica, egli è certo a stupire che non accadano lacerazioni tutte le volte che l' uretra femminile viene dilatata. Il dito deve sempre trovare una maggiore resistenza presso il legamento sottopubico, dove la dilatazione non può avere luogo tanto facilmente quanto nelle altre porzioni del canale, ed i tessuti vengono ivi ad essere molto stiracchiati nel loro allontanarsi dal pube. La lacerazione accadrà così naturalmente nel sito meno resistente, cioè nell' uretra presso il legamento sottopubico e nel tessuto cellulare in modo da separare più o meno porzione delle pareti della vescica dal pube.

Hemmet più volte cercò di porre riparo a tale inconveniente, mettendo a nudo i lembi lacerati e riunendoli prima con sutura interrotta in una linea trasversa all'asse del canale uretrale; però mai non giunse ad ottenere un grado sufficiente d' unione da obliterare interamente i seni, ed attribuire l' insuccesso agli intimi rapporti di queste parti coi muscoli che sono messi in giuoco ad ogni sforzo di vuotare la vescica o l'intestino retto. A vincere queste difficoltà e ad otturare tale spazio, egli ideò di allargare i lembi cruenti da riunire, cosicchè il canale uretrale fosse più uniforme ne' suoi diametri, ed in profilo presentasse una superficie convessa invece di una concava. Adottando tale piano ei si ripromette che una data quantità d' urina si accumuli prima di eliminarsi, e la vescica possa innalzarsi sufficientemente nella pelvi in guisa che l'uretra venendo tirata alquanto all' indietro e compressa sotto l'arco del pube, si abbia almeno un temporaneo allievamento dell' incontinenza.

III.

Iperemia della mucosa vescico-uretrale.

Baker narra la storia di cinque casi da lui operati nel Women Hospital in cui fenomeni strani notavansi per la sola iperemia della mucosa che ricopre il tratto di congiunzione uretro-vescicale, scompagnata da ulcera, fessura ed ipertrofia della parte congesta, condizione restia a tutti gli amminicoli terapeutici, e che non si vince se non mediante un atto operativo.

I sintomi di quest'affezione simulano quelli della cistite; il bisogno di mingere vi si fa sentire più frequentemente ancora che in quest'ultima malattia, essendo talora la donna obbligata a ricorrervi trenta volte nella notte ed altrettante nel giorno; a differenza poi della cistite l'ammalata non prova quel continuo senso di peso e di ripienezza delle pelvi, nè sono inceppati i suoi movimenti: essa è atta a girare per la casa e s'azzarderebbe ad uscirne, se non la trattenesse il timore di essere costretta dopo poco a svuotare la vescica, edotta dall'esperienza delle doglie a cui va soggetta ove tosto non ottempri a tale imperioso bisogno. — Conviene porre mente al modo con cui si fa l'emissione dell'urina; uscite appena alcune goccie sopravviene lo spasmo del collo della vescica, e l'atto del mingere continua dolorosissimo sino alla fine. Questo spasmo può ripetersi due o tre volte prima che la totalità dell'orina venga emessa, ed allora le gravi sofferenze, gli infruttuosi tentativi per attutire (cambiamenti di posizione, bagni caldi e simili), esauriscono le forze dell'ammalata, mentre talora ne segue un accesso isterico. Quest'ultimo accidente suole occorrere specialmente quando la donna abbia dovuto resistere all'imperiosa necessità di vuotare la vescica: conscia di questò fatto essa sta ognor rinchiusa nella propria camera, schivando quanto può i rapporti sociali, e così deperisce maggiormente la salute generale e più si accentua l'accasciamento nervoso. La diagnosi differenziale della cistite è del resto ovvia, per la mancanza assoluta del pus, dell'albumina, per la quantità normale del muco secreto e dei depositi cristallini, ecc.

I segni certi di questa malattia si deducono dall'esame endoscopico: la stessa esplorazione bimanuale però, ove ben condotta, può precisarla. I sintomi che deduconsi dal passaggio di una sonda in vescica sono in queste emergenze identici a quelli che sono provocati dalle fessure al collo della vescica: cioè nulla di speciale finchè lo strumento non tocca la sede dell'affezione; come la raggiunge, dolore dei più evocanti e spasmo tale che per qualche istante riesce impossibile ogni manovra dell'istrumento. Questa circostanza rende frustranea la stessa esplorazione coll'endoscopio, ove la donna non sia preventivamente anestezziata.

Il metodo di cura che ebbe a seguire il Baker nei sei casi in cui riuscirono vani i comuni mezzi terapeutici, la vita delle ammalate minacciava estinguersi per esaurimento nervoso, non ha l'impronta della novità per un chirurgo americano. Partendo dal concetto razionale di lasciare nel maggiore riposo possibile la vescica ammalata, egli aprì una ferita vescico-vaginale, e cercò di modificare le condizioni locali della parte iperemizzata con quotidiane irrigazioni d'acqua alla temperatura di 105 a 110, F., e della durata di venti minuti. L'acqua scende dall'alto per addatto tubo che si termina con un rubinetto di metallo perfettamente levigato il cui becco sia un quarto più corto della lunghezza dell'uretra, da non toccare la parte lesa. Poichè si è continuata questa cura per due o tre settimane egli aggiunge all'acqua qualche sostanza astringente, allume, tannino o zinco, e continua in tale medicazione da quattro a sei mesi, finchè dissipata ogni traccia d'iperemia e rinfrancata la costituzione generale si procede alla chiusura della ferita.

IV.

Gravidanza extrauterina.

In una memoria indirizzata alla Società Ginecologica Americana sullo scorcio dell'anno 1882 il Dott. Gaillard Thomas espose la storia dettagliata di ventuno casi di gravidanza extrauterina che a lui occorsero nel giro di soli sedici anni, sopra trenta di clinica ostetrica, non essendosi imbattuto in un solo caso nei primi quattordici.

Lasciate in disparte le svariate distinzioni che di questa anomalia sogliono fare i patologi collo scalpello alla mano, egli a scopo clinico le riduce a tre, e sono la gravidanza tubarica, l'interstiziale e l'addominale, premettendo che non tanto agevole ne è la loro diagnosi differenziale. Partendo da questo concetto egli non si perita a classificare i casi occorsigli neanche nella triade ammessa, giudicando ognora incerto il diagnostico ove non sia stato controllato dalla laparotomia sulla donna gestante oppure sul cadavere.

I sintomi che guidano più spesso a sicura diagnosi di gravidanza extrauterina sono i seguenti: 1.° i segni della gravidanza normale accompagnati da ricorrenti emorragie; 2.° il dolore fisso di natura lancinante in una delle fosse iliache, e talora lungo la corrispondente coscia; 3.° i dolori nevralgici proteiformi, variabili per sede e ricorrenti a parafrismi; 4.° i sintomi d'aborto ed espulsione di membrane senza comparsa del feto. A questi sono d'aggiungersi i segni fisici seguenti: 1.° l'utero più voluminoso dell'ordinario portato all'insù, in avanti o lateralmente, e in stato di vacuità, ciò che va accertato per mezzo della sonda; 2.° la presenza ai lati o dietro dell'utero di un tumore cistico piuttosto immobile, alquanto dolente al tatto, che palpato dà la sensazione di fluttuazione oscura. Ove la gravidanza extrauterina abbia varcato il quinto mese si notavano ancora i soffi cardiaci e uterini; però nella gravidanza tubarica che è la più frequente, la rottura degli involucri fetali e la morte consecutiva della donna suole accadere prima che questi ultimi segni si rendono sensibili.

Per ciò che spetta alla condotta dell'ostetrico nei casi di gravidanza extrauterina il Gaillard Thomas, ponderati i successi e le catastrofi dei casi che caddero sotto la propria osservazione, formola i seguenti precetti che egli si propone di seguire in simili emergenze: 1.° Scoperto il tumore ectopico e bene accertata la sua natura avanti il termine del quarto mese di gestazione, spegnere la vitalità del feto coll'elettricità a preferenza di qualunque altro metodo. I vantaggi ne sono incalcolabili: ove la diagnosi sia erronea, non si cagiona danno di sorta: è pressochè esente da dolore e non si hanno a temere le sequele di un'operazione cruenta, mentre per altra parte non richieda grande destrezza chirurgica. 2.° Oltre il quarto mese di gestazione, ove sia richiesto l'intervento chirurgico, si rende indispensabile la laparotomia, se il feto è vivo. 3.° Se morto, l'ostetrico deve aspettare

e tenere costantemente d'occhio la donna, finchè gli venga fatto di scoprire quale via d'uscita s'apra il corpo straniero ed aiutare la natura, pronto ognora a praticare la laparotomia ove impotenti tornassero gli sforzi naturali o se ne prevedessero tristi sequele. 4.° Ove la rottura degli involucri fetali occorresse prima che la diagnosi sia definitivamente stabilita, l'ostetrico deve rimanersene nell'aspettativa e vedere se la natura è forte abbastanza per reagire contro il collasso e l'emorragia, notando specialmente se non insorga peritonite o septicoemia, nel quale caso converrà senz'altro ricorrere alla laparotomia ed ai lavacri antisettici.

Sopra i ventun casi di Gaillard Thomas, la rottura degli involucri occorse in cinque, quattro con morte ed uno con guarigione della gestante; nessuno fu operato. Di sette che subirono processi operativi quattro guarirono ed in tre l'esito fu fatale. Tre volte si praticò la puntura per la vagina con piccolo trequarti, ed i tre casi furono seguiti da morte. In tre fu dato osservare la morte spontanea del feto con uscita delle ossa del retto: due con guarigione ed uno con morte della gestante. Sei casi furono trattati coll'elettricità, in tutti con perfetta guarigione.

In quanto al modo di applicazione dell'elettricità il Rockwell in cinque casi usò con successo la corrente galvanica: in regola generale egli crede che la vita del feto venga spenta fin dalla prima applicazione ove si usi una forza equivalente a 25 o 30 coppia Daniell; identico effetto, se non sì pronto, può però ottenersi cogli ordinarii apparecchi di faradizzazione. Si applica il polo negativo nella vagina o nel retto ed il positivo sulle pareti dell'addome: si usa di una corrente moderata per lo spazio di dieci minuti e ciò si ripete ogni giorno finchè la diminuzione della cisti e la cessazione dei fenomeni subbiettivi della gravidanza, ci rendono certi che questa è definitivamente arrestata.

RASSEGNA

STRUMENTI NUOVI

1.° Speculum vaginale del Dott. A. Bompiani. — (Estratto dal *Bollettino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma.* Anno III, Fasc. II, 1883).

2.° Speculum vaginal a deux mouvements indépendents de M. Collin. (*Bulletin de l'Arsenal médico-chirurgical.* N. 3, dicembre, 1883. Paris).

Non a caso riuniamo in questa rassegna dei nuovi strumenti proposti, i due speculum del Dott. Bompiani e del signor Collin: il lettore che si darà la pena di scorrere il breve scritto ne troverà la ragione.

1. Nella seduta del 14 aprile 1883 della Società Lancisiana di Roma, il Dott. Bompiani (aiuto alla clinica ostetrico-ginecologica dell' Università Romana, diretta dal Prof. Cav. E. Pasquali), presentava un suo speculum, il quale altro non è che una modificazione di quello di Cusco-Coxeter.

Ecco in che cosa consiste lo strumento del Bompiani: risulta di due valve poco incavate all'estremo che penetra in vagina, più curve invece a quello esterno, nel quale presentano una gola alla superficie esterna ed un incavo in prossimità della *cerniére*, destinati a non eccessivamente distendere l'ostio vulvo-vaginale quando lo strumento venga aperto.

La valva inferiore destinata alla parete vaginale posteriore porta alla sua faccia esterna un sottile manico articolato a cerniera subito

all'indietro della cerniera, manico che può essere applicato alla superficie esterna di detta valva.

In questa stessa valva, al lato destro del margine sta un tamburo con foro rettangolare e rocchetto dentato, al lato sinistro di detto margine una incavatura rettangolare, ed il bottone di una molla che porta all'estremo appunto una intaccatura.

La valva superiore all'estremo destro del margine esterno presenta pure un tamburo nel quale è fissa una vite i cui passi si ingranano ne' denti incavati nella testa di un' aste, che è pure dentata per la sua lunghezza nelle faccie esterna ed anteriore.

Per unire le valve si opera così: si mette ad angolo retto l' asta dentata della valva superiore e lo si introduce nel foro rettangolare del tamburo notato sul margine destro della cucchiaia inferiore, e premendo sul bottone esistente al margine sinistro della valva inferiore l'asta può liberamente scorrere e le due valve si avvicinano fino a toccarsi. — Per aprirlo si tien fisso il manico colla mano sinistra e si gira il manubrio del rocchetto dentato; in allora le valve si scostano mantenendosi parallele.

Se si vuole invece aprirlo ad angolo si gira il manubrio fissato alla valva superiore.

Per introdurlo si seguono tutte le norme usate per quello di Cusco. I vantaggi quindi sarebbero; impiego di uno strumento che può dilatarsi ad angolo, od anche per spostamento parallelo delle valve; libertà assoluta nel campo dello speculum all' orificio esterno per il maneggio degli strumenti; possibilità di avere una amplissima apertura; uso della sola branca posteriore come di una cucchiaia di Sims; e finalmente smontate le valve queste sono talmente foggiate da poter bene adattarsi l' una dentro l'altra, e da occupare in conseguenza tutto l'istrumento pochissimo volume. Le dimensioni sono le seguenti: lunghezza ctm. 11, larghezza mill. 37, spessezza massima mill. 18, peso grm. 160.

Il Bompiani impiega questo strumento fino dal 1881: fu appunto nel novembre di quell'anno mostrato alla scolaresca medica dell' Università romana, e nel successivo 1882 figurò alla Esposizione del Congresso Medico tenuto in Modena.

2. Lo speculum di Collin riproduce tutti i vantaggi che con il suo si propone il Bompiani con un meccanismo perfettamente identico: solo nella esecuzione materiale si potè ottenere una semplicità ancor maggiore. Eccone la descrizione:

Risulta ancor questo di due valve: sulla valva inferiore al suo estremo esterno e sul margine destro di questo sta un tamburo nel quale gira un rocchetto. — La valva superiore porta sullo stesso margine una piccola asta dentata sulla faccia esterna; questa asta è destinata ad ingrassarsi con il rocchetto notato al margine destro della valva inferiore. L'estremità superiore dell'asta dentata è messa poi in relazione con una seconda vite fissata alla valva superiore, facendo agire la quale questa valva si può maggiormente inclinare, mentre l'altra rimane fissa. Se si gira invece la vite fissa alla valva inferiore le due valve si muovono parallelamente.

Come si vede il principio è affatto identico e non possono aver serio valore le piccole modificazioni del Collin; senza dire che lo speculum del Collin sia stato copiato da quello del Bompiani, amiamo però ricordare lo strumento del nostro collega proposto ed usato prima di quello del celebre fabbricante parigino.

3. Basiotribe de M. le Doct. Tarnier. — *(Bulletin de l'Arsenal médico-chirurgical*, N. 3, Décembre 1883 et *Annales de Gynécologie.* Janvier, 1884).

Questo nuovo strumento si compone di tre branche e di una vite per lo schiacciamento. La lunghezza totale è di ctm. 41, la massima larghezza quando è chiuso di ctm. 4 nel senso trasversale; in quello antero-posteriore arriva a 4,5. Il peso totale è di grm. 1200.

La branca mediana porta un perforatore quadrangolare che si fa penetrare nel cranio con movimenti di rotazione; penetrato nel cavo cranico si sospendono i moti rotatori e si spinge fino ad incontrare la base del cranio con la quale dovrà rimanere in contatto per tutta la durata dell'atto operativo.

La branca sinistra, analoga alla corrispondente di un forcipe, viene applicata come fosse una vera branca della tenaglia ostetrica ed articolata con la già applicata branca mediana: ciò fatto tali branche vengono avvicinate impiegando la vite destinata allo schiacciamento e rimanere così rotta una metà della testa fetale; un piccolo uncinetto è destinato a mantenere unite fra loro le due branche quando si toglie la vite.

La terza branca, la destra, è la più bassa di tutte: questa si applica ed articola come la branca destra del forcipe, e la vita di schiac-

ciamento ricollocata a luogo la avvicina alle altre due; la testa è così schiacciata in due volte: poscia si passa alla estrazione.

L'impiego di questo strumento è analogo a quello del cefalotribo e del cranioclasta; tuttavia il Tarnier crede che se ne possono trarre risultati superiori a quelli offerti da tali strumenti; ciò deducendo dai resultati verificati sopra cadaverini fetali.

4. Système d'une poignée rigide a attaches souples pour tirer le forceps suivant l'axe du bassin, par le Doct. J. Poullet. — (Dalla tesi di concorso: *Des diverses espèces des forceps, leurs avantages et leurs inconvénients.* — Paris, Baillière, 1883, pag. 217 a 226).

Lasciando ad altra occasione una particolareggiata rassegna della tesi del Prof. Poullet, mi limito in oggi a qui ricordare la proposta dell'ostetrico lionese.

Il Poullet ricorda che non basta fare sul forcipe le tirate nella direzione dell'asse dello stretto superiore, ma bisogna eziandio lasciare alla testa presa dal forcipe intera libertà di rotazione. Tale rotazione si compie intorno all'asse trasversale delle cucchiaia, intorno a quello verticale, e finalmente su quello verticale, e finalmente su quello antero-posteriore. Ma il forcipe di Tarnier lascia completa libertà alla testa di girare sull'asse verticale, ne lascia sufficiente nel diametro trasverso, ma la taglia affatto sul diametro antero-posteriore.

Ecco ora quello che si propone di risolvere il Poullet: tirare nell'asse dello stretto superiore come volea fare l'Hubert con il suo forcipe, inserire la forza traente per quanto è possibile al centro di figura come vuole Cassagny, lasciare alla testa completa libertà.

E ciò si propone di ottenere: con un forcipe qualunque che presenti sulle gemelle a circa 5 o 6 ctm. dall'estremità delle cucchiaie dei fori: con dei lacci che vengono passati per questi fori: e con una impugnatura rigida sulla quale vengono a fissarsi i lacci e con la quale si praticano le tirate.

La impugnatura non è altro che un'asta di acciaio piegata ad angolo retto presentante perciò due tratti l'uno lungo 15 centimetri, l'altro 10. Il più lungo destinato ad essere puntato in vagina termina con una alina, munita di larga apertura simile a quella dei serranodi. Sull'angolo d'unione dei due tratti si nota un piccolo rialzo sul quale poter fissare l'ansa traente.

All'estremo dell'altro lato sta applicato un manico di legno, mobile affatto eguale a quello unito al forcipe di Tarnier.

Ecco il processo operativo:

Si passano i cordoni di seta nei fori delle branche del forcipe, si applica il forcipe, si congiunge e si fissano i manici o con una vite o con qualsiasi altro mezzo. Si congiungano poi gli estremi dei lacci in guisa da farne un' ansa tanto lunga da arrivare due o tre centimetri al disotto del perno o della articolazione del forcipe, badando però che il nodo non corrisponda alla parte inferiore dell' ansa. Ciò fatto si passa l'ansa nell'apertura notata sull'estremo alinare dell' impugnatura, si spinge questa in vagina fino ad 1 o 2 ctm. dalla testa fetale, e si mette l' ansa a cavallo della sporgenza notata sull' angolo della impugnatura: indi si praticano le tirate sul bastoncello fissato sull'altro estremo della impugnatura. In tal guisa la forza è applicata al centro di figura, la testa è assolutamente mobile perchè i cordoni sui quali si tira non impediscono alcun movimento, e la impugnatura piegata ad angolo retto permette di fare le tirate secondo la linea voluta. Ci piace terminare con le parole del Poullet: « On peut dire que si, au milieu du dernier siècle, Levret, après avoir courbé son forceps, avait en l'idée de le perforer pour y mettre des rubans et de tirer ces rubans par la poignée que nous venons de décrire, il aurait constitué, per cela seul, un mode de traction plus parfait, à notre avis, que tous ceux publiés jusqu'à ce jour. »

Paolo Negri.

NOTIZIE

Il Dott. Emilio Fasola, già medico 2° assistente nella clinica ostetrica di Torino, assumeva fin dal 1° febbraio c. m. l'ufficio, cui venne chiamato con decreto ministeriale, di ajuto-professore nel R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze.

NECROLOGIE

GIAMBATTISTA ERCOLANI

Una pagina dei nostri *Annali* oggi si veste a lutto, espressione del profondo, immenso cordoglio che ci occupa il cuore, per la morte di quel grande italiano che fu **Giambattista Ercolani.**

Ragioni tipografiche fanno sorgere ultimi i nostri *Annali* nel mesto coro dei periodici italiani, ma la nostra voce ha bene il dritto di levarsi al disopra dell'universale compianto, perocchè noi ostetrici perdemmo in Lui uno scienziato che, sebbene illustre per molte svariatissime opere, pur tuttavia trasse forse le sue più chiare glorie dal campo dell'anatomia e della fisiologica ostetrica, sì ch'Egli è divenuto vanto insigne dell'ostetricia italiana.

Lasciando ad altri l'arduo compito di tessere una biografia proporzionata ai meriti di un tant'uomo, oggi non ad altro intendiamo scrivendo questa pagina che a prendere parte vivissima ai funebri onori che la Patria e l'intera Repubblica medica gli tributarono, e rammentando di volo gli altri suoi pregi scientifici, pagare il tributo di profonda riconoscenza che gli dobbiamo.

G. B. Ercolani nacque l'anno 1819 dal conte Filippo, discendente della principesca Famiglia Hercolani. Bologna, ha il vanto di avergli dati i natali, di averlo educato, di essere stato il principale campo nel quale l'Ercolani spiegò la sua indefessa e tanto ferace attività.

Compiuti i suoi studii di medicina, si diè a tutt'uomo all'anatomia comparata ed alla zooiatria, sotto la guida del sommo Alessandrini, ed efficacemente lo aiutò a formare quel gran museo di anatomia comparata normale e patologica che fu per gran tempo unico al mondo, e che forma tuttavia l'ammirazione di quanti visitano il bolognese ateneo.

Ben presto pubblicò i suoi primi studi sul *cimurro* e sul *cisticerco* che gli valsero l'ingresso nell'illustre Accademia dell'Istituto di Bologna, e fin d'allora si udì l'Alessandrini predire al suo omai predi-

letto discepolo l'eccellenza che avrebbe conseguita nelle discipline anatomiche (1).

Nel 1848, acceso del fuoco di libertà onde tutta Italia divampò, abbandona per poco i suoi studii per essere soldato e uomo politico; prende parte alla valorosa cacciata degli Austriaci di Bologna, poi trae a Roma deputato alla Costituente, e in quell'Assemblea repubblicana vota palesemente contro la costituzione della Repubblica; mostrando così fin d'allora quale fosse lo scopo al quale mirava e mirò poi sempre la sua vita politica: l'unità d'Italia sotto la monarchia costituzionale.

Caduta la Romana Repubblica, esula in Toscana, quindi a Torino, che diviene la sua seconda Patria.

Quivi i suoi meriti scientifici sono ben presto conosciuti, apprezzati ed è fatto professore sostituto nella Scuola Veterinaria, della quale diviene Direttore nell'anno 1859.

Colto da grave lutto domestico, dalla morte della sua unica figlia, abbandona Torino e ritorna per sempre alla sua Bologna, dove riesce a convertire l'umile Scuola veterinaria, nella quale dapprima quasi solo impartisce molti degl'insegnamenti scientifici, a cambiarla dico in una completa Scuola Superiore di Veterinaria.

A Bologna occupa più volte il posto di Preside della Facoltà medica, è due volte Rettore dell'Università; nell'Accademia delle Scienze è dal Governo nominato alla carica insigne di Segretario perpetuo, e nella Società medico-chirurgica e nella Società Agraria occupa il posto di Presidente.

A Torino e a Bologna, oltre all'intendere con esemplare premura all'insegnamento, riesce a pubblicare più che 130 lavori scientifici, informati quasi tutti alla fisiologia sperimentale.

Queste importantissime pubblicazioni trattano svariatissimi argomenti (2). E di vero sono alcune dirette a dimostrare la nobiltà e l'importanza delle scienze zooiatriche, considerate in sè stesse e in riguardo all'utilità somma che l'anatomia, la fisiologia e la patologia umana ne trassero e ne trarranno mai sempre.

Altre non poche si riferiscono a profondi e felici studi di *storia veterinaria*, in una delle quali rivendica al Ruini la scoperta della circolazione del sangue. Moltissime ed importantissime sono quelle

---

(1) Presleri. Elogio dell'Alessandrini.

(2) *La Clinica Veterinaria*, nel fasc. 30 novembre 1883 ne pubblica un elenco fatto dall'egregio Dott. A. Lanzillotti-Buonsanti.

nelle quali tratta d'argomenti di *anatomia normale e patologica, macroscopica ed istologica.* Alcune han riguardo alla *fisiologia,* molte altre alla *zoologia* e specialmente alla vita degli *entozoi* e alle malattie che ne derivano. Grandissimo è il numero de' suoi lavori *clinici* e *fisiopatologici*, fra i quali primeggiano quelli sulle *malattie contagiose* ed *epidemiche.*

E a dimostrare quanto versatile fosse il suo ingegno, dirò che anche la *botanica,* e perfino l'*agricoltura*, gli fornirono materia a pregievoli pubblicazioni.

Però, come dichiarai da principio, l'*ostetricia* in particolare modo gli è debitrice di studii di altissimo valore.

Lasciando da parte quelli da Lui fatti intorno a varii *mostri*, ricorderò che Egli in una sua memoria trattò della *torsione del collo dell'utero* (1) che in tre altre scrisse del *parto pretermesso e mancato* (2) che in un suo scritto prese ad argomento il parto gemellare (3), che in altro espose la strana scoperta da lui fatta nel vespertilio murinus la cui pelvi durante il parto si apre nella sinfisi pubica per dar passaggio al feto, e descrisse il congegno pel quale le articolazioni sacro iliache permettono quel rilevante divaricamento degli ilei. Da questi studii trasse occasione per discorrere della sinfisiotomia e dell'operazione cesarea nella donna (4).

Ma gli studii pei quali si è acquistata onoranza imperitura sono quelli intorno all'anatomia ed alla fisiologia della placenta.

Sono ben tredici le memorie da Lui pubblicate su questo a Lui prediletto argomento (5), nelle quali, seguendo il metodo propugnato

---

(1) Brevi considerazioni sulla torsione del collo dell'utero. Torino, 1852.

(2) Gestazione di 16 mesi in una vacca per torsione del corpo dell'utero, ecc. Torino, 1856. — Sopra l'estrazione per le vie naturali di un feto mummificato nell'utero di una vacca. Torino, 1857. — Sul parto pretermesso o mancato nelle femmine del myoxüs glis e nella specie umana. Bologna, 1881.

(3) Ricerche fisiologiche e patologiche sopra i parti gemellari. Torino, 1855.

(4) Osservazioni sopra alcuni costumi del Vespertelio murinus, e ricerche comparate sulla pelvi e sul parto in questo animale e le assimetrie pelviche che nella donna richieggono l'operazione cesarea e la sinfisiotomia. Bologna, 1879.

(5) 1.° Delle glandole otricolari dell'utero e dell'organo glandolare di nuova formazione che nella gravidanza si sviluppa nell'utero delle femmine dei mammiferi e nella specie umana. Bologna, 1867.

dall'Ingrassias, e che tanto frutto recò per l'opera specialmente della Scuola bolognese, cioè scrutando la natura nelle varie specie animali giunse a rischiarare di vivissima luce l'oscurissima struttura dell'umana placenta, a palesare *unico il tipo anatomico della placenta in tutti i mammiferi*, e a dimostrare *la legge fisiologica che regge la nutrizione dei feti in tutti i vertebrati.*

Per Lui la decidua non è un ingrossamento della mucosa, è una vera *neoformazione* che insorge dopochè la mucosa preesistente si è disfatta più o meno profondamente a seconda delle varie specie animali. — Nella donna e in molti altri animali si distacca e cade dopo il concepimento l'epitelio e uno strato sottile sotto-epiteliale, mentre nei roditori tutta la mucosa e il sottoposto strato vascoloso-glandulare si distruggono.

Il processo distruttivo e il formativo che gli tien dietro in alcuni animali occupano tutto l'utero, come ha luogo nella donna; in altri si limitano ai segmenti dell'utero nei quali si formarono le molteplici

---

2.° Sulla placenta e sulla nutrizione dei feti nell'utero. Bologna, 1869.

3.° Snl processo formativo della porzione glandulare e materna della placenta. Bologna, 1869.

4.° Delle malattie della placenta. Bologna, 1870,

5.° Sulla parte che hanno le glandole otricolari dell'utero nella formazione della porzione materna della placenta e nella nutrizione dei feti nell'alvo materno. Bologna, 1873.

6.° Della struttura anatomica della caduca uterina nei casi di gravidanza extra-uterina nella donna. Bologna, 1874.

7.° Della placenta nei mostri per inclusione e nei casi di gravidanza extra-uterina nella donna e in alcuni animali. Bologna, 1875.

8.° Sull'unità del tipo anatomico della placenta nei mammiferi e nell'umana specie, e sull'unità fisiologica della nutrizione dei feti in tutti i vertebrati. Bologna, 1877.

9.° Sulle errate apparenze macroscopiche che hanno impedito fino ad ora di conoscere l'intima struttura della placenta umana, e sull'unità di tipo anatomico della placenta nei mammiferi e nella donna. Torino e Bologna, 1877.

10.° Della placenta nei pesci cartilaginei e nei mammiferi, e delle sue applicazioni alla Tassonomia ed alla Antropogmia. Un volume di 380 pag. in 4°, con atlante. Bologna, 1880.

11.° Nuove ricerche di anatomia normale e patologica sulla placenta dei mammiferi e della donna, lettere tre dirette al chiarissimo Prof. Alberto Kolliker. Bologna, 1883.

12.° Sulle alterazioni patologiche portate dalla sifilide nella placenta umana. Bologna, 1883.

uova, come accade nei roditori e nei carnivori; in altri infine si limitano ad isole qua e là sparse nella superficie interna dell' utero, fatto che notasi nei ruminanti, isole prestabilite per la presenza dei così detti cotiledoni dell'utero non gravido, i quali subiscono un superficiale disfacimento, e quindi son fatti sede di una vera e rigogliosa neoformazione deciduale.

Qualunque sia l'estensione che il processo neoformativo assume, esso consiste nel generarsi di nuovi vasi che non hanno altra parete che l'endotelio, e nella rigogliosa produzione delle così dette cellule deciduali che il Waldeyer sospettò, e l'Ercolani dimostrò generate dalle pareti stesse dei vasi neoformati.

Le glandole utricolari si ipertrofizzano, si dilatano e nella donna formano il così detto strato spugnoso sottoposto a quello delle cellule deciduali e nel luogo dove formasi la placenta costituiscono lo strato non caduco della decidua placentale. Il loro umore segregato in gran copia dopo il concepimento riempie nella donna la cavità della decidua, ed ha, secondo l'Ercolani, l'importantissimo ufficio meccanico di mantenere l'uovo applicato a un punto qualsiasi della decidua perchè vi si attacchi e sia resa possibile in tal modo la formazione della placenta. In altri animali le glandule utricolari cooperano allo stesso intento non versando il loro contenuto, ma prendendo parte importante nel loro crescere di volume all' addossarsi che fa attorno all' uovo la neoformazione deciduale che tutta colma la cavità dell'utero.

Stabilitasi così la neoformazione deciduale essa deve perfezionarsi per costituire la porzione materna della placenta.

Negli animali a *placenta unica* (sia dessa di forma discoide, come nella donna, o di forma zonaria, come nel gatto) solo una parte della decidua subisce questo ulteriore mutamento, la parte che è detta decidua serotina; negli animali a *placente multiple* o cotiledonali (ruminanti), tutti i cotiledoni deciduali si tramutano in placenta materna; finalmente negli animali a *placenta diffusa* (come sono i cetacei e la troia), nei quali tutta la superficie dell' uovo deve entrare in intimi rapporti anatomici e funzionali colla superficie uterina, tutta la decidua continua a perfezionarsi in placenta materna.

La placenta è in tutti i mammiferi costituita dai villi fetali vascolarizzati che s'insinuano nel tessuto della decidua serotina e dal tessuto di questa che cresce ad abbracciare od avvolgere i villi fetali. In nessun caso i vasi fetali vengono ad immediato contatto coi vasi materni, e molto meno col sangue materno, ma in tutti gli animali rimane sempre fra questi due ordini di vasi uno strato più o meno grasso di cellule deciduali. In *nessun caso i villi fetali si insinuano nelle glandole utricolari* come credevasi.

Nel caso di placenta diffusa, e in quello di placenta cotiledonale o multipla la neoformazione deciduale che forma la placenta materna si foggia a follicoli tappezzati di epitelio che abbracciano i villi fetali i quali conservano sempre il loro epitelio; ond' è che in questi animali la placenta materna ha la forma *palese* di una glandola, e l'Ercolani la chiama *organo glandulare* della placenta. Nelle placente diffuse la glandola è in forma di follicoli semplici, nelle placente cotileodonali in forma di follicoli composti o ramificati.

In amendue queste forme i villi fetali si possono anche a termine di gestazione svaginare dall'involucro materno; e di fatto si svaginano essi all'atto del parto e sono espulsi, mentre l'organo glandolare rimane dentro l'utero, dal quale però esso pure si stacca per lento disfacimento.

Nel caso invece di placenta unica la decidua serotina non assume forma di glandula, e le due porzioni fetale e materna scambievolmente s'impigliano in intricatissimo ed intimo intreccio; i canali deciduali entro i quali scorrono i villi fetali non sono tappezzati di epitelio, e i villi perdono l'epitelio che li rivestiva, sicchè ben presto essi fannosi intimamente aderenti alla porzione materna e non possono esserne svaginati. Rimangono però sempre anche in questi casi i vasi fetali divisi dal sangue materno per uno strato di cellule deciduali e per l'endotelio dei vasi materni.

Per l'intima fusione delle due parti, le placente uniche vengono espulse in totalità all'atto del parto distaccandosi in corrispondenza dallo strato spugnoso.

Nel caso adunque di placenta unica la forma glandulare non esiste.

Ma l'Ercolani sostenne già da gran tempo che non per questo veniva meno alla decidua serotina l'indole sua glandulare benchè *larvata* ne fosse la forma di glandola.

Interessantissima è poi sotto questo riguardo l'osservazione fatta in seguito dall'Ercolani sulla placenta unica della cavia cobaia, la quale è come un anello di congiunzione; difatto mentre per la massima parte essa mostra la struttura propria delle placente uniche, appalesa nel suo centro struttura glandulare, centro che l'Ercolani ha per ciò denominato *parte cotiledonale* della detta placenta.

Ma grande oscurità avvolgeva come già dissi l'intima struttura della placenta umana, e l'Ercolani l'ha così luminosamente chiarita che fa meraviglia come alcuni pochi capitanati dal Kolliker persistano ancora a non darsi per vinti. È a sperare che smesse le molte dubbiezze, e le false opinioni essi rimangano finalmente conquisi dagli ultimi due lavori che l'Ercolani dettò quando già incrudeliva il morbo che anzi tempo ce lo rapiva.

Se si osservi la placenta umana nei suoi primordi quando i villi fetali sono intatti, e uno strato più o men grosso di cellule deciduali li separa dai vasi materni che non sono ancora largamente sfiancati, si ravvisa facilmente il tipo placentale fin qui descritto, ma osservando la placenta umana a termine facilmente si resta ingannati dalla falsa apparenza che i villi fetali nuotino liberamente nel sangue materno, ond'è nata l'opinione che essi abbiano corrosa la parete dei vasi materni, che si sono, come è noto, dilatati in grandi lacune; ed i vasi fetali non siano più separati dal sangue della madre che dall'epitelio coriale.

L'errore consiste tutto nel credere epitelio coriale ciò che in realtà altro non è se non l'involucro che la placenta materna ha dato ai villi, i quali han perduto l'epitelio coriale loro proprio.

Ponendo a paragone l'involucro coriale dei villi al secondo mese di gravidanza e quello che hanno a termine, l'Ercolani fa notare che il primo è formato solo da *grandi cellule ben visibili nei loro contorni*, i cui grossi nuclei appaiono sparsi e *radi* nel parenchima dei villi, e sporgendo dal protoplasma cellulare che li circonda, rendono

irregolarmente *ondulata* la superficie dei villi stessi. In quella vece l'involucro dei villi a termine è formato da due strati, uno *esterno trasparente e liscio*, l'altro profondo cellulare composto di piccole cellule, i cui contorni sono invisibili, ma i cui nuclei più piccoli di quelli dei primordi della gravidanza sono ravvicinatissimi e formano perciò una serie quasi continua.

Lo strato esterno o ialico è secondo l'Ercolani l'endotelio dei vasi materni, lo strato interno altro non è che una serie di cellule deciduali, avanzo del grosso strato che prima divideva i vasi materni dei villi.

Dilatandosi i vasi materni in sempre crescenti lacune e i villi allungandosi e ramificandosi, viene sempre diminuendo lo strato di cellule deciduali che separa i villi dai vasi materni, sicchè esso strato si riduce alla minima grossezza, o ad una semplice fila di cellule, aderente all'endotelio dei vasi materni. Ma ciò non basta, che il reciproco crescente avanzarsi l'un contro l'altro delle lacune e dei villi obbliga questi a introflettere le pareti delle lacune, le quali dal canto loro si insinuano a modo di seni fra un villo e l'altro, che è quanto dire che i villi, perduto il loro epitelio, si rivestono delle pareti delle lacune, cioè della fila di cellule deciduali, e dell'endotelio lacunare, e così rivestiti nuotano nel sangue materno.

Alcuni dei villi allungandosi a dismisura nel cavo delle lacune ne raggiungono la parete opposta. Portate così a mutuo contatto le due opposte pareti endoteliali materne, queste si atrofizzano e le cellule deciduali che rivestono il villo appaiono confuse collo strato deciduale sottoposto alla lacuna, nel quale strato l'apice del villo si insinua alquanto, fortemente aderendovi, sicchè si stabiliscono quelle che il Langkaus chiama *radici di attacco*, ma che l'Ercolani molto prima di lui aveva scoperte e descritte.

L'Ercolani ha poi tratto nuove prove convincentissime della sua dottrina sulla struttura dell'umana placenta dal campo dell'anatomia patologica; difatto in una placenta di Mioxusglis e in una di donna che continuarono a crescere dopo la morte dell'embrione, trovò atrofico il tessuto proprio del villo, e conservata ed ipertrofica la porzione

materna della placenta, e con essa l'involucro cellulare dei villi, prova dell'origine materna di questo involucro.

Anche le alterazioni indotte dalla sifilide nella placenta materna e che si estendono all'involucro cellulare dei villi, sono giustamente considerate dall'Ercolani come conferma della sua dottrina. Finalmente una prova convincentissima si ebbe in placente abortive, ove notossi che i villi erano forniti dell'epitelio coriale ed avevano assunto l'involucro materno.

Per tutti questi pazienti e felici studii dell'Ercolani resta dunque luminosamente provato che *unico è il tipo anatomico della placenta nei mammiferi.*

Da questa unità anatomica l'Ercolani dedusse l'unità fisiologica. — Tutte le placente dei mammiferi, Egli disse, sono formate da una porzione materna *secernente* un liquido nutrizio, e da una porzione fetale o *assorbente* il detto liquido.

Quando l'Ercolani emise questa sentenza era noto da gran tempo il *latte placentale* che può spremersi dai cotiledoni dei ruminanti, ma quanto alle placente nelle quali al dire dell'Ercolani la forma glandulare è larvata, poteva sembrare ardire la sua sentenza. — Però l'Hoffmann suggendo con sottili tubetti di vetro il latte placentale dalla placenta umana provò indubbiamente vera la sentenza dell'Ercolani (1).

Ma l'Ercolani va più oltre in queste considerazioni fisiologiche, facendo notare come, stabilita siffattamente l'unità funzionale delle placente dei mammiferi ne risulti che uno è il modo nel quale si provvede alla nutrizione primordiale del nuovo essere in *tutti i vertebrati.* In tutti v'ha un materiale nutrizio elaborato dalla madre, e v'hanno vasi assorbenti che lo recano al feto. — Nei vertebrati mammiferi la porzione materna della placenta secerne lentamente e a lungo l'umore che viene via via assorbito; negli ovipari il materiale è elaborato in

---

(1) *Zeitschrift für Geburslk. und Gynaekol.* Vol. 8, pag. 259. — Veggasi ancora il modo descritto da Ahlfeld per ottenere gran copia di questo umore nel suo libro *Berichte und Arbeiten,* 1883, pag. 23.

massa ed espulso coll' uovo nella quantità necessaria all' embrione per compiere il suo sviluppo.

Nè manca l' anello di congiunzione fra queste due varietà, chè in alcuni pesci vivipari, come dimostrò l' Huxley, esiste una specie di placenta rudimentale formata dall' ingranaggio di numerose pieghe della mucosa uterina con altrettante che sorgono dal sacco ombelicale.

Queste sono in breve le classiche dottrine dell' Ercolani sulla placenta. — Avremmo potuto fare a meno di esporle perchè già son tutte ben note agl' italiani culturi dell' ostetricia, ma ragionando di persone amate che perdemmo, piace il dire e il ripeterne i meriti ancorchè a tutti noti.

E voglia il Cielo che si parli e si scriva ripetutamente e a lungo dell' Ercolani e le sue opere sien lette e meditate dai giovani, e prese ad esempio di indefessa operosità, di profondo osservare, di sobria e acuta interpretazione dei fatti.

Noi affrettiamo col desiderio la pubblicazione di una biografia completa di un tant' uomo, ma frattanto reverenti e commossi consacriamo alla sua venerata memoria quest' umile tributo di stima, di riconoscenza, di affetto. E. F. F.

DÉPAUL

— Altra grave perdita fece la ostetricia in Dépaul, e con essa la Facoltà medica di Parigi dove il Dépaul era Professore-Direttore della Clinica ostetrica-ginecologica. — Figlio di un *juge de paix* (conciliatore) che lo lasciò povero, Dépaul era nato a Morlaas (Bassi Pirenei) il 26 luglio 1811. — A lui, giunto a Parigi senza mezzi di fortuna, la vita di studente fu aspra. Esterno degli spedali nel 1834 passò un anno con Dubois P. alla clinica ostetrica; l'anno seguente fu nominato interno alla Maternità; nel 1841 aiuto-clinico e nel 1847 Professore aggregato alla facoltà nella sezione di chirurgia e ostetricia; nel 1861

lo troviamo chirurgo all'Ospizio degli Esposti. Supplente a più riprese di Paolo Dubois, gli fu nominato successore nella Clinica ostetrica il 25 novembre 1862; da più di 30 anni (20 aprile 1852) apparteneva all'Accademia di medicina. — Egli scrisse molto, specialmente di ostetricia: sono noti comunemente il suo trattato dell' ascoltazione ostetrica, lo scritto sulla insufflazione ne' neonati in istato di morte apparente, le sue lezioni di clinica ostetrica, i suoi articoli nel dizionario enciclopedico, ecc. — Dépaul insegnò dal 1862 al 1882 nella clinica che fu fino all'ultima epoca nell'Hôpital des cliniques, in piazza dell'École de médécine; dopo, e fino quasi alla vigilia della sua morte, nella nuova clinica in via d'Assas. — E qui cediamo la parola al Dott. Budin che nel riferire su Dépaul, a noi che lo conoscemmo da vicino, parve il più fedele, più veritiero e più felice. — « Quando » (così Budin) per allargare l'École pratique, fu decisa la distruzione » della clinica ostetrica, Dépaul respinse un insiedamento temporaneo » nell'ospedale della via di Sèvres, ben sapendo che, grazie alla lentezza degli uffizii, spesso il transitorio diventa definitivo: — fu » dunque decisa la costruzione di una nuova clinica ostetrica. — Egli » ne stese il piano con l'architetto Ginain, e siccome s'aveva bisogno » del terreno della piazza de l'École de médecine, la costruzione procedette con assai rapidità, relativamente almeno. — Furono fatti » varii rimproveri a codest' ospedale che s'era dovuto costruire su di » un terreno di forma triangolare, assai poco acconcio. Il principale » difetto è nella mancanza quasi totale di camere d'isolamento; ma il » Dépaul non credeva al contagio dei processi puerperali, donde l'inutilità, per lui, d'isolare le puerpere ammalate. Come vedesi Dépaul tenne un bel posto nel mondo scientifico, nell'insegnamento, e » aggiungiamo, nella pratica civile. — Aveva egli una numerosa clientela, ed è noto che andò due volte al Brasile per assistere la figlia » dell' imperatore. — Dépaul aveva una grande attività che gli rendeva possibile disbrigare molte occupazioni; in ciò aiutato da una » robustezza e salute a tutta prova. Un gran buon senso, tenacità e » regolarità grandissima, ecco le sue qualità dominanti. — Fino agli » ultimi anni di sua vita fece lui medesimo, anche di notte, le ope-

» razioni che presentavansi alla clinica. — Una sera lo si fa cercare,
» e arriva in abito nero e cravatta bianca; veniva dal Presidente
» della Repubblica, il suo vecchio amico Thiers presso cui desinava
» e che aveva quietamente lasciato per compiere il debito suo di cli-
» nico e professore. — Tutti quelli che tennero dietro alla discussione
» dell'Accademia di Medicina ricordano la forza, la vivacità, l'auto-
» rità con la quale sosteneva le sue convinzioni. — Nella vita privata
» non si udiva mai dalla sua bocca una parola amara, nè mai giudi-
» cava con biasimo il suo prossimo; preferiva tacere: in questo ri-
» spetto egli era correttissimo.

» Egli aveva inoltre *il culto de' ricordi*, ed è con massima venerazione
» che incessantemente parlava del suo maestro, il Prof. Dubois, del
» quale andava fiero di essere stato successivamente esterno, interno
» e ajuto (chef de clinique).

» Tal era Dépaul: egli era giunto, da sè, a una tra le più alte
» posizioni cui un medico possa aspirare. — Nel suo paese natale, là
» giù nei Pirenei, s'era preparato un piacevole ritiro dove intendeva,
» *un po' più tardi*, terminare i suoi dì nel riposo .... il destino gli
» negò quest'ultima soddisfazione. Egli soccombeva in 3 giorni ap-
» pena, colpito da pneumonia, e nel momento in cui preparavasi al
» ritorno per riprendere le lezioni. — La morte di Dépaul costituisce
» una perdita grave per la scienza e per il corpo medico, ed è un
» lutto per i suoi amici e allievi cui sapeva dare bello esempio del
» dovere e della dignità. »

D. C.

NOMI DEI SOCI

DELLA

SOCIETÀ ITALIANA DI OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

dimenticati nel Numero di Dicembre

Prima Serie.

Prof. Giuseppe Chiarleoni — *Vercelli*

Seconda Serie.

Dott. Giulio Kirch — *Firenze*
Dott. Vincenzo Cicconi — *Senegallia*
Dott. Antonio Martinetti — *Firenze*

Errata — Corrige.

A pag. 688, linea 39, del fascicolo di Dicembre, dove è stampata la prelezione « *Il mio programma* » del Prof. Cuzzi, invece di: « che è mantenuta quasi esclusivamente da..... si legga: « che è « mantenuto in gran parte da....

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume VI. Febbraio-Marzo 1884 N. 2-3.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

DIFFERENTI EFFETTI
DELLE
EMORRAGIE ACCIDENTALI DELL'UTERO
NEL CORSO DELLA GRAVIDANZA
STUDIATI IN ALCUNI CASI CLINICI

dal Dott. **PAOLO NEGRI**
Professore-Direttore della Scuola Pareggiata di Ostetricia in Novara

È convenuto di chiamare *accidentale* quella emorragia proveniente dall'utero gravido, ch'è dovuta al distacco della placenta normalmente inserita, differenziandola così da quella legata alla inserzione della seconda sul segmento inferiore e che viene anche chiamata *inevitabile;* divisione questa dovuta al Rigby ed ancora conservata sebbene non possa sottrarsi alle censure del Barnes, che così formulava: « Cette distinction est arbitraire, elle n'est point philosophique; mais on l'a adoptée chez nous, à cause qu'elle est commode; la commodité là comme un peu partout, est obtenue au prix de la vérité. J'ai montré que le mot « inévitable » est beaucoup trop absolu; le mot « accidentel » est tres malheureux. Je doute que l'hemorrhagie du placenta praevia soit plus inévitable que celle qu'on nomme accidentelle. Pourquoi faut-il appeler « accidentelle » une hémorragie causée par un décollement spontané du placenta, amené lui-même par une maladie ou une émotion dont nous ne savons rien, rien de plus, que l'existence du placenta praevia, jusqu'à ce que le symptôme hémorragie se soit produit? (1) ».

(1) Barnes. *Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies.* Trad. Cordes. Paris, 1873, pag. 404.

Ciò premesso a nostra giustificazione, essendo scopo dello scritto considerare solo qualcuno degli effetti che possono tener dietro a tali sorta di emorragie, non crediamo mal fatto di presentare dapprima i fatti osservati da noi: essi non sono molto numerosi, ma tuttavia ci sembrano non affatto dispregevoli, e ci parve che si potesse applicar loro il noto « observationes non numerandæ sed perpendendæ ».

Osservazione I. (1). — N. N. servente di 18 anni, è accolta il 21 ottobre 1881 nella maternità, è primipara. L'ultima mestruazione ebbe termine il 2 febbrajo 1881, avvertì i primi moti attivi nel corso del 4° mese, non ebbe disturbo alcuno simpatico, non fu malata nel corso della gravidanza.

Nell'anamnesi lontana troviamo superata la scarlattina a 6 anni, una forma acuta di petto a 16 anni, la comparsa della prima mestruazione a 17.

Il parto si iniziò spontaneamente il 10 novembre alle 7 ant. Alle 9 ant. la donna fu presa da vomito, ma non possiamo dir nulla sui caratteri di esso, tale fatto essendo passato inosservato e solo più tardi conosciuto dal racconto della donna. Alle 9 $^1/_2$ antimeridiane procedendo all'esame esterno si potea riscontrare l'utero di forma ovoidea a diametro prevalente longitudinale, in nessuna parte dolente alla pressione, ma *permanentemente contratto*, e ciò sia nel tempo della calma, che durante le contrazioni uterine avvertite dalle espressioni dolorose della donna: la ascoltazione praticata sull'ambito addominale non riusciva a rilevare nè il soffio uterino, nè il battito cardiaco fetale.

Con il riscontro vaginale non riusciva difficile il notare la scomparsa del collo e l'orificio esterno dilatato a circa due centimetri di diametro, la integrità dell'uovo, la presenza del vertice fetale impegnato nella parte alta dello scavo in posizione O. I. D. P., diagnosi fatta attraverso il segmento inferiore sottilissimo.

Alle 4 pom. di nulla essendo progredita la dilatazione della bocca uterina, e tuttavia continuando e regolari le contrazioni, spontaneamente si ruppero le membrane; colò liquido limpido,

---

(1) Raccolta nella Clinica Ostetrica di Milano in allora diretta dal Prof. Domenico Chiara. La ricoverata era contrassegnata col N. 213 del 1881.

in quantità normale, *non uscì goccia di sangue dai genitali.* Da questo momento la dilatazione procede rapida; alle 7 pom. è espulso un maschio morto, con i caratteri della morte recente ed offerente le dimensioni seguenti: lunghezza cent. 47 (26-21), diametro bip. mill. 90, mento occip. 125, fronto occip. 110, sottoccip. breg. 100, biacromiale 122: pesava grm. 2350.

Alle 7,10 pom. in modo quasi spontaneo, se si eccettui qualche fregagione praticata sul fondo uterino, viene espulsa la placenta, e subito dopo grosso grumo sanguigno. La placenta pesa grm. 300, presenta il cordone marginalmente inserito, e qualche placca fibrinosa verso il margine, il grumo sanguigno è nerastro accenna a data non oltrepassante le 12-15 ore, pesa grm. 700. Bisogna ancor aggiungere che la placenta sopra una zona marginale, e le membrane a questa corrispondente sono ricoperte da piccoli coaguli, nerastri, discretamente aderenti.

Il puerperio decorse lievemente febbrile; la donna abbandonava la clinica il 24 novembre completamente ristabilita.

Osservazione II. (1). — N. N. di anni 41 casalinga, batte alla porta della maternità dicentesi in travaglio di parto verso la mezzanotte dal 20 al 21 ottobre 1881.

Mestruata la prima volta a 15 anni fu già gravida per 11 volte prima di ora: tutti i parti furono naturali, 10 feti furono espulsi per il vertice, il 2° per la faccia, tutti i puerperi furono normali, compiè da sola tutti gli allattamenti.

Nulla sa dire sull'inizio dell'attuale gravidanza. Essa fa, appena accettata, il seguente racconto: Lunedì, 19 ottobre, senza aver dato causa alcuna si accorse che dai genitali colava del sangue: dopo una prima quantità espulso quasi a getto, la perdita, molto diminuita ma tuttavia continua, fu avvertita nei giorni successivi martedì, mercoledì e giovedì: nel frattempo la donna non avvertì mai cosa che anche lontanamente le ricordasse i *dolori* del parto. Giovedì mattina finalmente il travaglio di parto incominciò; chiamata verso sera una levatrice, questa, dopo aver praticato il riscontro vaginale e rotte le membrane, la consigliò a riparare alla maternità.

A completare la narrazione della donna bisogna ancor aggiun-

---

(1) Si veda la nota alla Osserv. I^a^. Segnata con il N. 238 del 1881.

gere che avrebbe avvertito un progressivo indebolimento nella intensità dei moti attivi fetali dal Lunedì fino al Giovedì.

L'esame praticato in quanto può aver importanza con lo scopo nostro lasciava diagnosticare: travaglio di parto giunto al termine del periodo dilatante: feto presentantesi con il piano laterale destro dorso posteriore, braccio destro in vagina, membrane rotte, utero non ancor serrato sul corpo fetale, battito cardiaco, oscuro, profondo non ben percepito ne' quadranti addominali inferiori. Non percepibile il tessuto placentare nè sulla bocca uterina, nè nelle sue vicinanze.

Ciò stabilito si cloroformizza la donna e si pratica il rivolgimento monopodo (sul piede sinistro) mettendo la donna sul dorso, ed introducendo la mano destra. Il rivolgimento non torna nè difficile nè lungo: l'estrazione manuale invece fatta immediatamente dopo, porta alla luce un feto morente, le pulsazioni cardiache del quale cessano pochi momenti dopo; è un maschio pesante grm. 2400, lungo cent. 47 (26,5-20,5) con bip. di mill. 85; all' esame del corpicino si riscontra una abnorme mobilità in corrispondenza della zona cervicale della colonna, e tale mobilità fa pensare ad una profonda lesione avvenuta in quella regione durante la estrazione abbastanza stentata del capo, lesione non trascurabile nel fatto della morte del feto.

Cinque minuti dopo, ajutato da lieve spremitura si compiva il secondamento: e qui è necessario esporre con qualche particolare ciò che offeriva di speciale l'esame degli annessi, poichè sta in questo tutta l'importanza della osservazione.

Prima degli annessi uscì dai genitali un grosso grumo che pesato si trovò toccante grm. 330, indi con la placenta uscì un secondo grumo del peso di grm. 200, il sangue adunque coagulato nel cavo uterino pesava complessivamente grm. 550: gli annessi fetali grm. 450.

È degno di menzione l'esame della placenta. Le membrane, il cordone e la faccia fetale nulla offrivano di abnorme, la faccia uterina mostra invece (si vedano le due unite figure 1, 2) in B B cotiledoni placentari affatto sani in C invece una vasta tumefazione data da una grande massa di coaguli sanguigni: tale massa sta quasi esattamente nel centro della placenta, tranne in un punto nel quale raggiunge anche la circonferenza, e tocca anche (ridotta però a lieve strato) le membrane. La figura 1ª chiarisce molto meglio i rapporti che passano fra placenta e massa san-

guigna stravasata: tale figura presenta l'immagine di una sezione verticale di detta placenta. La circonferenza della placenta è di cent. 47, il diametro maggiore di 15, il minore di 14, lo spessore varia da 4 a 6 cent.; il cordone è inserito a 2 cent. dal margine della placenta: non si riscontrano focolaj emorragici nè nel tessuto proprio della placenta, nè alla sua faccia uterina. Bisogna ancora aggiungere che la grande massa di sangue è come con-

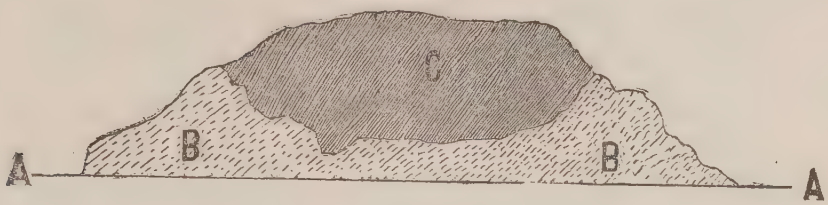


Fig. 1.

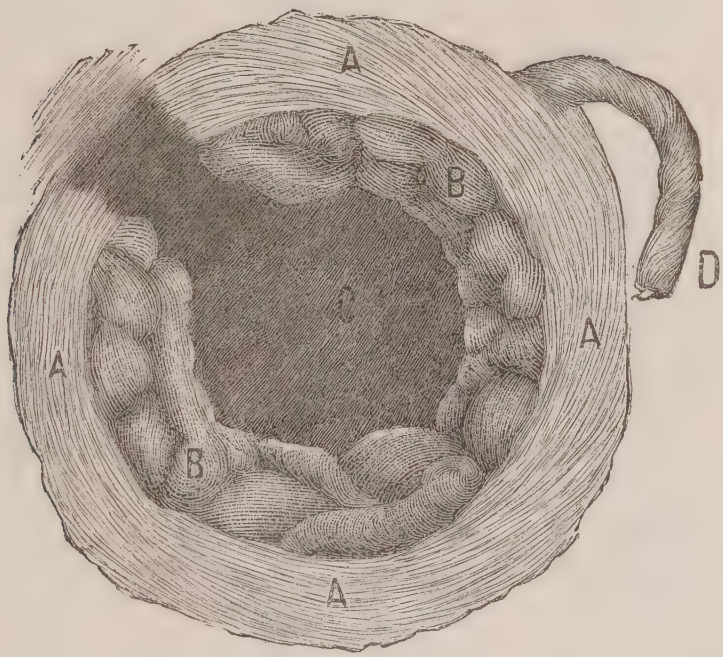


Fig. 2.

Fig. 1ª e 2ª - A A membrane - B B tessuto placentare sano - C C massa sanguigna stravasata - D cordone ombellicale - nella figura 1ª la placenta è veduta dalla faccia uterina, nella 2ª in uno spaccato verticale sul diametro massimo.

tenuta in una specie di capsula, della quale noi non vediamo che una parte, quella fissata sulla placenta: tale capsula è fatta da un sottile strato di fibrina.

Il puerperio decorse in modo affatto normale e la puerpera abbandonava la clinica in perfetta salute il 30 ottobre 1881.

Osservazione III. (1). — N. N. di anni 19 contadina, non mai prima d'ora ammalata, fu mestruata per la prima volta a 13 anni e sempre da quell'epoca regolarmente. È alla sua prima gravidanza, e per questa viene accolta nella clinica il 28 aprile 1883.

L'ultima ricorrenza mestruale ebbe termine il 27 luglio, il calendario circolare segna il parto per il 3 di maggio: non provò fenomeni simpatici gravidici, nè nel decorso della gravidanza ebbe malattia alcuna.

Il parto si compì spontaneamente il 29 aprile 1883, durò ore 5 il primo periodo, ore 2,15 il secondo periodo: al momento della espulsione del capo avvenne l'incappucciamento di questo nel perineo che misurava in quel momento dalla forchetta al margine anteriore dell'orificio anale ben 13 cent.: durante una violenta contrazione uterina, rafforzata anche dall'inconsulto uso delle forze ausiliare, il capo fu violentemente espulso, a spese però di una lacerazione perineale a forma di lettera Y che partendo dalla parte inferiore del grande labbro destro si portava obliquamente sulla linea mediana fino quasi all'ano.

Il feto espulso per il vertice (O. I. D. P. ridotta) pesa grammi 2100, è lungo cent. 45, è di sesso femminile, è vivo e sano. Dimensioni: bipar. mill. 90, bitemp. 80, bimast. 70, bizigomatico 65, occipito-frontale 115, sottoccipito-bregmatico 100, mento occipitale 135, biacromiale 90, sterno-dorsale 72. La forma del capo è armonica: strette le suture, piccole le fontanelle: un contrasto vivo fa tale estremo cefalico con tutto il resto del corpo, emaciato, angoloso, con cute sollevabile in larghe pieghe, si potrebbe quasi dire affatto mancante di adipe sottocutaneo. La voce è robusta, i movimenti vivaci, ha insomma tutti gli attributi di un feto a termine.

Gli annessi fetali pesano grm. 500. Esaminando la placenta ecco quello che si scorge alla sua faccia uterina: poco meno della metà della intera superficie placentare è occupata da una sostanza disposta a strati: questi strati grossi e densi risultan fatti da fibrina; alcuni son tenaci e giallastri, i più profondi, altri teneri e rosei, i più superficiali; tutta la regione così occupata se incisa verticalmente mostra sotto di sè un sottilissimo strato di tessuto

---

(1) Raccolta nella Clinica ostetrica addetta alla Scuola di Novara. Segnata con il N. 59 del 1883.

placentare posto fra gli strati fibrinosi da una parte e il chorion dall'altra: ma tale tessuto placentare è di uno speciale colore bianco-rossigno, è duro ed al taglio non dà esito a goccia di sangue, in forte contrasto per tali caratteri con il rimanente del tessuto placentare che offre i consueti caratteri delle placente sane.

Alla lacerazione perineale si pose rimedio con la sutura che sortì però un esito incompleto. Il puerperio decorse apiretico: il 15 maggio la puerpera abbandonò la clinica in perfette condizioni generali, in buone condizioni locali, poichè rigogliose granulazioni promettevano una completa riparazione della lesione perineale.

Ripetutamente interrogata se durante la gravidanza avesse riportato dirette od indirette contusioni sull'ambito uterino, o se avesse notato anche lieve dolore o perdita di sangue dai genitali, sempre rispose negativamente.

Non essendo tale scritto una monografia sugli effetti delle emorragie accidentali uterine, nè avendo per iscopo di risalire alle cause di tale accidente, noi ci limiteremo a fare qualche considerazione sopra i tre fatti narrati, confrontare le storie raccolte con le osservazioni fatte, studiare infine il perchè di tali effetti, trarne se è possibile qualche conclusione, qualche deduzione praticamente importante.

Che la emorragia sia di quelle, come le esposte, che si chiamano accidentali, o sia dell'altra categoria, il fatto anatomico che le determina sta tutto, nel distacco più o meno esteso del tessuto placentare dalla parete uterina: la estensione di tale distacco, la quantità del sangue che viene così a trovarsi fuori dei vasi ed in modo vario racchiuso fra placenta ed utero, o fra placenta utero e membrane, oppure anche liberamente espulso dalla bocca uterina qualora le membrane si sieno scollate fino a questa regione, il modo con cui tale emorragia si è prodotta brusca, repentina cioè, oppure lenta e ripetuta, sono i fattori che valgono a farci intendere la quantità e la modalità degli effetti che ne possono conseguire.

Ed invero se noi gettiamo uno sguardo alle storie riferite vediamo che in tutte non debbono esser decorse le cose in modo affatto identico, perchè troppo differenti fra loro le manifestazioni

cliniche e le conseguenze lontane. A ciò dimostrare ci sia permessa una analisi sommaria dei casi.

La prima donna è primipara; gode ottima salute fino al momento del parto, poco dopo l'inizio di questo è presa da vomito del quale a tutta prima non si può darsi ragione: durante il decorso del parto si nota *permanente durezza del globo uterino* tanto da render infruttuosa la palpazione addominale, ed associata a ciò una straordinaria lentezza nella dilatazione della bocca uterina, che si avvia solo dopo la avvenuta rottura delle membrane: chiude il quadro la espulsione di un feto morto da poco tempo, e la presenza in uno agli annessi di ben 700 grammi di sangue coagulato, coaguli non recentissimi, ma che però non lasciavano credere la loro formazione avvenuta al di là di 12-15 ore: e contemporaneamente una zona marginale della placenta e le membrane là vicine ricoperte da piccoli coaguli sanguigni in quei punti fissi.

Nella seconda si trovano tre fatti dei quali è mestieri darsi ragione: emorragia nel corso della gravidanza, interruzione spontanea della gravidanza, esteso distacco della placenta dalla inserzione uterina, oltre a ciò presentazione trasversale del feto. Ora in questa donna la emorragia si inizia senza causa, appartiene pei caratteri alle forme miste esterno-interne; dura dal Lunedì fino al Giovedì giorno in cui per la prima volta avverte dolori simili a quelli del parto che infatti si inizia e viene terminato artificialmente con il rivolgimento: il feto muore durante la estrazione: l'esame degli annessi mostra che il distacco incominciato centralmente, si era poi esteso ed avea guadagnato il margine placentare ed il sangue colato in parte fra utero e membrane s'era fatto strada per la vagina: un'altra parte invece stava raccolto fra utero e placenta.

Nel terzo caso infine la donna non ha emorragia nè durante la gravidanza, nè nel parto: il feto nasce a termine ma presenta uno sviluppo molto inferiore a quello che avrebbe dovuto offrire e la placenta mostra il perchè della cosa; ancor questa è primipara.

Riassunti i casi vediamo di interpretarli: mi pare che non vi possa esser dubbio alcuno sul fatto fondamentale: in tutti e tre i casi avvenne il distacco parziale della placenta dalla inserzione uterina, tale distacco in un caso fu centrale (Osserv. 2ª) marginale in un altro (Osserv. 1ª) occupò quasi la metà della superfi-

cie placentare nel terzo (Osserv. 3ª). Ma sebbene in tutti e tre i casi sia stato identico il processo anatomo-patologico, tuttavia ben differenti furono gli effetti: è di questi che noi dobbiamo specialmente occuparci e siccome questi abbiamo detto esser in rapporto con vari fattori, mestieri è ora discorrer di questi.

Il primo quesito che può essere proposto, a nostro modo di vedere, deve essere riferito al tempo in cui si produsse la emorragia; questo fattore-tempo va posto in relazione all' epoca del parto ed in conseguenza in rapporto all' età della gravidanza. Quali sono i criteri che possono esser adoperati per portare tale giudizio? Sono assai limitati ed infidi e si possono riferire al racconto della donna ed all'esame dei coaguli e delle lesioni placentari: giustifichiamo dapprima il perchè noi li diciamo infidi: è chiaro che i dati offerti dalla donna possono essere assai lontoni dal vero o per mancata od errata osservazione da parte della gravida, o per studiata alterazione del vero: per i nostri tre casi noi non faremo uso di tale ricerca che per la 2ª osservazione, nulla essendoci di anamnesticamente importante nel racconto della 1ª e 3ª donna. Riguardo poi all'esame dei coaguli qui battiamo contro altre difficoltà: il giudizio che noi diamo è affatto relativo, parte da dati più convenzionali che realmente dimostrati veri e possiamo ancor dire con Simpson « Je regrette, en outre, de n'avoir en ma possession aucun fait précis afin de fixer la période de temps qu'exige le sang épanché dans le placenta ou entre le membranes, pour subir les diverses modifications.... » (1).

Tuttavia noi crediamo di non errare, ammettendo avvenuta poco prima dell' inizio del parto, o nell' inizio di questo la emorragia che si riscontrò nel primo caso: ciò deduciamo dai caratteri del sangue extravasato, dai caratteri dei piccoli coaguli notati sulla faccia uterina della placenta e sulle membrane, infine dal fatto della morte recente del feto. Si potrebbe anche interpretare la cosa ammettendo come un segno della avvenuta emorragia il vomito cui fu soggetta la donna: ma lo dicemmo già, tal fatto non potè da noi esser controllato ed in conseguenza non può molto valere nella affermazione della cosa.

Nel secondo caso invece la emorragia si verificò quattro giorni prima del parto, in epoca della gravidanza ancor lontana dal

---

(1) Simpson. *Clinique obstétricale et Ginécologique*, pag. 129.

termine e presumibilmente arrivata al principio dal 9° mese; tale cosa ci è fatta quasi certa dal racconto della donna che avvertiva la perdita di sangue dai genitali nel Lunedì: e che dovesse datare da qualche giorno ce lo mostrava ancora il reperto sulla placenta, la presenza cioè di un sottile strato di fibrina che involgeva a modo di capsula i grossi coaguli raccoltisi fra utero e placenta.

La emorragia più antica infine fu quella notata nel 3° caso: sulla placenta di questa donna troviamo deposizioni numerose e stratificate di fibrina, ciò che ci permette di credere a versamenti ripetuti di sangue avvenuti probabilmente ad epoche differenti: la tenacità infine degli strati più profondi e le gravi modificazioni indotte nel tessuto placentare ci inducono ad ammetterla avvenuta in epoca considerevolmente distante dal parto.

Dopo l'epoca dobbiamo considerare la estensione del distacco: possiamo ammettere tre varietà nei tre casi: nel primo la maggior deposizione dei coaguli sulla placenta era avvenuta in prossimità del margine placentare: in questo stesso punto una placca fibrinosa ci ricordava che in quel luogo in altra epoca s'avea avuto consimile e limitata emorragia, inoltre in vicinanza di questo punto era la inserzione del cordone: nel momento in cui la emorragia ultima si produsse, una grande quantità di sangue stravasò: dobbiamo ricordare che i soli coaguli raccolti pesavano grm. 700: ne conseguitò un distacco certamente più esteso della foccaccia placentare, e bastevole per interrompere un sufficiente scambio materno-fetale, e determinare la morte del feto.

Nel secondo caso invece il distacco fu probabilmente centrale: è infatti verso il centro della placenta che la massa dei coaguli è più spessa: amiamo anche credere che la estensione a tutta prima presa dall'emorragia fosse quella notata al momento del parto, ciò deducendo da quello straterello di fibrina uniformemente disteso. La emorragia ebbe come effetto diretto la interruzione della gravidanza effettuatasi 4 giorni dopo.

Nel terzo finalmente la emorragia occupò metà circa della faccia uterina ma qui nei suoi effetti fu ancora differente poichè annientò in modo completo la funzione di circa $1/3$ del tessuto placentare: infatti nella zona fra coaguli e chorion troviamo quella anemia, quella atrofia che notata dal Cruveilhier è anche ricordata dal Simpson: ed in questo 3° caso l'effetto lontano è ancora più singolare: la gravidanza non si interrompe, il feto continua

a vivere, ma i materiali che ad esso sono destinati se bastano a mantenerlo vivo, non sono però sufficienti a permettere quello sviluppo, quelle forme rotondeggianti, il raggiungimento di quel peso che sono caratteristici dei bambini a termine. E che il fatto sia occorso in tal modo lo possiamo dedurre dai seguenti fatti:

1.° Dalla data dell'ultima mestruazione: l'ultima ricorrenza terminò il 27 luglio; il calendario circolare, valutando la durata della gravidanza a giorni 280, segnava il parto per il dì 3 di maggio: il parto si compiè invece il 29 aprile ossia al 275° giorno dall'epoca presunta della fecondazione.

2.° Da alcuni caratteri del feto: è vero che questa femmina espulsa non pesava che grm. 2100 ed era lunga cent. 45, ma noi non possiamo dimenticare:

a) che offriva le seguenti dimensioni del cranio: diametro biparietale mill. 90, bitemporale 80, bimastoideo 70, occipito-frontale 115, mento-occipitale 138;

b) che strette erano le suture e piccole le fontanelle;

c) che emaciato era il corpo, sollevabile in larghe pieghe la pelle e che si potea considerare distrutto il pannicolo adiposo;

d) il forte contrasto dello stato generale con la voce robusta e la vivacità dei movimenti.

Resta infine a considerarsi il modo con cui si compiè la emorragia e cioè il tempo impiegato a prodursi il versamento: da quanto dicemmo non ci par errato il ritenere essersi prodotta rapidissimamente la emorragia nel primo caso, rapida ancora ma assai meno nel secondo, lentamente e ripetutamente infine nell'ultimo.

Prima di abbandonare tale argomento vogliamo richiamare l'attenzione sopra un particolare che può avere una reale importanza pratica: noi abbiamo fatto studiare il rapporto esistente fra la parte di placenta occupata dai coaguli nel 2° caso, e la intera superficie placentare ambedue considerate ridotte ad un piano: ci fu risposto che la parte occupata corrispondeva a circa $^3/_5$ della intera superficie: nel 3° caso più di $^1/_3$ quasi $^1/_2$ tessuto placentare era completamente distrutto e tuttavia in ambedue i casi i feti continuarono in vita. Paragonando ora tali casi di esteso distacco, con le condizioni in cui viene a trovarsi la placenta inserita sul segmento inferiore dell'utero, non si troverebbe un argomento di più per favorire il metodo dell'artifi-

ciale distacco della placenta? Nella seconda osservazione ci troviamo in tutto nelle condizioni di una placenta previa centrale, in cui si sia staccato gran parte del tessuto placentare dalle sue inserzioni, e solo sia rimasta una zona circolare: nel 3° in un caso di placenta previa marginale nella quale un grande lembo staccato viene rappresentato da circa la metà del tessuto annientato nelle sue funzioni; ebbene anche con così gravi lesioni è tuttavia ancor compatibile la vita del feto: se adunque il distacco digitale congiunto alla rottura delle membrane fa gli interessi della madre, non si può dire che debba riuscire troppo dannoso per il feto, cosa del resto che la clinica ripetutamente dimostrò.

LE PIU' RECENTI MODIFICAZIONI DEL TAGLIO CESAREO

STUDIO STORICO-CRITICO

del Dott. LUIGI MANGIAGALLI

Professore di Ostetricia nella R. Università di Sassari

(Cont. V. N. 1, pag. 1).

CAPITOLO IV.

Le indicazioni e le controindicazioni dell'amputazione utero-ovarica cesarea in confronto col taglio cesareo classico rinnovato.

Il Porro nella sua memoria opinava potessero fornire indicazione razionale all'amputazione utero-ovarica come complemento del taglio cesareo: 1) le gravi ed infrenabili emorragie; 2) la gangrena, l'usura, le alterazioni gravi nella tessitura uterina; 3) i casi di taglio cesareo complicati da tumori utero-ovarici; 4) lo stracciamento dei margini della ferita; 5) le aderenze tenaci ed insuperabili della placenta; 6) la malconformazione e stenosi del canale vulvo-uterino ed a maggior ragione una persistente fistola vescico-vaginale o vagino-rettale, per l'alterazione degli umori e l'inquinamento che si originerebbe da cotesti stati. E più oltre soggiungeva: « l'amputazione utero-ovarica, in tutti i « casi di taglio cesareo, sarà indicata assolutamente quando il « verdetto della esperienza giudicasse più favorevole alla conser- « vazione della donna l'ablazione totale che la lesione cruenta « degli organi interni della generazione » (1). Il valore morale, scientifico, clinico, chirurgico dell'atto operativo, venne presto discusso oltrechè dai singoli operatori e dagli scrittori di cose ostetriche, dalle accademie e dai congressi. Per quanto possa es-

(1) l. c. pag. 80. — L'accidente indicato al N. 5, non è certo *una chimera* come ebbe ad affermare il Credé, è ad ogni modo un fatto eccezionale nè credo possa essere da tal fatto, per sè stesso, indicata l'amputazione utero-ovarica: portarne via (della placenta) quanto si può e più dolcemente che si può, raschiare la superficie placentare col cucchiaio di Simon o collo strumento costrutto dal Mundé, fare il drenaggio della cavità uterina e praticare le irrigazioni antisettiche continue, rappresenta, a mio avviso, la miglior linea di condotta a seguirsi.

sere interessante e storicamente utile seguire le più o meno dotte discussioni, tenutesi in questi ultimi, e seguire negli scritti di coloro che si sono occupati di questo argomento, il dilagare delle indicazioni sino a rendere difficile una esatta interpretazione del concetto fondamentale dell'operazione stessa, mi starò pago a pochi cenni ancora, poichè non è mio scopo lo studio generale delle *possibili* indicazioni dell'ablazione parziale o totale del viscere gestante, ma bensì l'esame delle indicazioni quali si sono presentate nelle 140 osservazioni da me riportate, onde vedere se tutte reggano alla critica, e se sia possibile sin d'ora stabilire in quali casi più sieno indicati i processi demolitori, in quali altri convenga attenersi ai processi conservatori. Ciò mi pare tanto più importante inquantochè il metodo statistico non ha condotto sinora a risultati tali, da invitare gli ostetrici a seguire unicamente una via. E il far questo sarebbe ora pernicioso per l'arte, poichè, dato anche che i risultati ottenuti col metodo Porro fossero stati superiori di molto a quelli che in realtà si ebbero, a dimostrarne l'assoluta superiorità occorrerebbe sempre un abbondante materiale di confronto tratto *dall'epoca stessa*, in cui per così dire si svolsero parallele le due correnti di coloro che lo avversano e di coloro che lo caldeggiano. Che l'amputazione utero-ovarica segnasse un grande acquisto della chirurgia ostetrica fui costante nell'affermarlo e sempre lo riconobbi oltrechè colla convinzione dell'ostetrico anche con orgoglio di italiano, e pochi contribuirono al pari di me a farne noti i risultati e a segnalare le questioni che mano mano pullulavano in quel campo, ma fui egualmente dei primi ad insorgere contro gli esagerati e non giustificati entusiasmi ed il feticismo di coloro, per cui quasi pareva che una intiera serie di operazioni dovesse cancellarsi dal quadro dell'ostetricia operativa.

Il congresso medico tenutosi a Torino l'anno stesso dell'operazione eseguita dal Porro conveniva nel trovare razionale l'amputazione utero-ovarica nei casi di grave emorragia e si limitava a fare voti « perchè studii ed esperienze consecutive valessero a « stabilire se fosse conveniente in ogni caso di taglio cesareo « l'amputazione utero-ovarica ». Oltre a quanto scriveva il Porro nella sua memoria, sarà bene che io riporti le idee da lui manifestate due anni più tardi nel congresso di Genova, quale prova della sua moderazione nello stabilirne le indicazioni, quale venne da me affermata nel capitolo precedente. Le parole sono stralciate

dal rendiconto delle sedute del congresso. « Il Porro crede debba « aversi presente il caso del Belluzzi ed in alcuni casi, data la « facile emostasi ed il pronto intervento, risparmiare l'utero alla « donna «... E più oltre: « il prof. Porro ritiene indispensabile la « sua operazione nelle massime ristrettezze pelviche al disotto di « 65 mm., al disopra sarebbe inclinato a conservare l' utero la- « sciandosi guidare dai casi speciali (1). Ed ora chiudiamo la discussione generale e passiamo all'esame delle singole indicazioni. Così si ripartono a seconda di esse i 140 casi.

A. — *Minaccia di morte imminente.* — Osservazione X^a, CVI^a, CXXXVIII^a. Due donne morte, una salva. Nei due primi casi il trattamento del peduncolo fu extraperitoneale.

B. — *Errore diagnostico.* — Osservazione LXXXI^a. Affondato il moncone. Morte.

C. — *Rottura incompleta d'utero e presentazione di spalla.* — Osservazione LXXI^a donna salva. Osservazione CXXXVI^a? donna morta.

D. — *Gravidanza in utero abnorme.* — Osservazione XLV^a (morte). Osservazione LVII^a (donna salva). Mortalità 50 %. Nel 2° caso venne affondato il moncone.

E. — *Carcinoma uterino.* — Osservazione CXII^a (morte). Osservazione CXIX^a (morte).

F. — *Fibromi uterini.* — Caso di Storer (morte). Osservazione XXVII^a (morte). Osservazione LXIII^a (morte). Osserv. LXIV^a (morte). Osservazione LXIX^a (guarigione). Osservazione LXXXIV^a (morte). Osservazione CXIV^a (guarigione). Mortalità 71,42 %. Il peduncolo venne affondato in un caso (63°).

G. *Stenosi pelvica.* — Negli altri 123 casi. In uno di questi la pelvi era ostruita da un osteosarcoma dell'ischio destro (Osserv. II^a). L' osteomalacia è rappresentata da 25 casi, la rachitide da pressochè tutti gli altri. In alcuni casi alla stenosi pelvica si univa la stenosi cicatriziale del canale vagino-uterino. In 11 casi il peduncolo fu affondato (in 9 casi, morte - mortalità 81,81 %). Negli altri 112 casi il trattamento del peduncolo fu extraperitoneale. (Porro-Müller) con 6 donne morte ed una mortalità del 54,46 %.

---

(1) *Giornale Internazionale delle Scienze Mediche.* Anno 2°, 1880, pag. 1348.

A. (1) — Quando la donna versa in condizioni gravissime quando la morte è vicina oppure imminente, può essere giustificata l'amputazione cesarea utero-ovarica? È evidente come prima di porgere risposta a questa dimanda si debba rispondere a questo quesito: è lecito in determinate circostanze praticare il taglio cesareo su donna agonizzante? La gravità di certi problemi, la cui soluzione involge tanta responsabilità morale, civile, scientifica, pratica, è tale da rendere veramente trepidante chi tenta di affrontarne una qualsiasi, fosse pure colla più coscienziosa preparazione. Nel campo della disciplina nostra quante volte non avviene di essere esitanti anche ricorrendo alle fonti più intemerate, pure ed autorevoli onde si sogliono interpretare le azioni umane, la legge, la religione, la morale (Giordano)! Egli è che il responso di esse non può essere univoco perchè non è univoca la coscienza umana che pure creò e la religione e la morale e la legge. Il meglio che si possa fare si è discutere ampiamente e serenamente i fatti, non colla speranza che da tutti si convenga in una sola opinione, ma perchè la coscienza degli ostetrici non sia impreparata in così luttuose circostanze, ed agisca almeno sotto l'impulso di una convinzione bene assodata. La pratica a cui si accenna non è nuova come non è nuova la questione che su di essa si impernia. Fino dal 1840 Röser praticò il taglio cesareo su di una donna agonizzante ed estrasse un feto vivo. Il Gior-

---

(1) Röser. *Canstatt's Jahresberichte.* II Jahr. Bd. 11. Citato dal Giordano, dal Morisani, più diffusamente dal Runge.

Giordano. Prelezioni e scritti medici. Torino 1880. Prelezione 6.ª Cesari e Agrippi nel caso di morte della gestante. Novembre 1862.

Morisani. *Sul parto cesareo ante-mortem. Rivista clinica e terapeutica* 1883, N. 11. Il riassunto della discussione dell'Accademia Medica Napoletana si trova negli *Annali di Ostetricia,* 1883, settembre-ottobre.

Hecker. *Archiv f. Gynaek.* Bd. X.

Sommerbrodt. *Fall von kaiserschnitt in der Agone; lebendes Kind. Aus der Klinik von Gusserow. Berliner Klin. Wochenschrift,* 1880, N. 9.

Löwenhardt. *Aphorismen zur geburtsh. Chirurgie,* Berlin 1871. Citato dallo Schroeder, dallo Spiegelberg, dal Runge.

Schröeder. Traduzione Rocca e corrispondente edizione tedesca, 1882.

Spiegelberg. *Lehrbuch der Geburtshülfe. Zweite Auflage.* Lahr 1880, pagine 253-254.

Max Runge. *Ueber die Berechtigung des Kaiserschnitters an der Sterbenden Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynaek,* 1883, IX Bd. 2 H.

Kehrer. *Verhandlungen der Gynaek. Section der* 56 *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Freiburg. Archiv f. Gynaek.* XXI Bd. 1 H.

dano trova naturale che l'esempio rimanessse senza seguaci e, citato un fatto in cui si seguì tale pratica in un lazzaretto di Torino nella epidemia colerosa del 1855, condanna la temerità di tale operazione su donna ancor viva. Il Morisani prendendo le mosse da una osservazione (la 106ª da me riportata) ma poggiando in alto e portando la questione in un campo sereno all'infuori delle bizze personali, formulava le sue convinzioni nella seguente conclusione, la ottava delle nove che riassumono il suo lavoro: « quando si incontrino difficoltà gravi « a penetrare con la mano nella cavità uterina e si giudichi « grandemente pericolosa per la vita del feto la estrazione per « le vie naturali, procedere alla operazione cesarea, seguita o no « dall'amputazione utero-ovarica, dopo avuto lo assentimento di « altri colleghi. La operazione dovrà essere praticata con le stesse « precauzioni, che si adoprerebbero, se la donna fosse in buone « condizioni di salute ». Questa conclusione compendia in certo qual modo le indicazioni e le controindicazioni e addita le garanzie di cui deve circondarsi il medico operatore. La conclusione del Morisani discende direttamente da questo ragionamento: il parto forzato post mortem (Rizzoli) ha dato deplorevoli risultati per il feto: migliori li offre la liberazione per le vie naturali a donna agonizzante (Esterle) ma non sempre questa è possibile; in tali casi è giustificato il taglio cesareo prima della morte della madre, quando questa è inevitabile secondo scienza e coscienza umana, poichè l'attenderla equivarrebbe il più delle volte al sacrificio del feto. Dopo lunga discussione l'accademia medica Napoletana votava le conclusioni del Prof. Morisani con 12 voti affermativi contro 5 negativi. Se non mi sarà dato di portare in campo un giudizio autorevole, mi sarà almeno dato di riunire nuovi e numerosi documenti i quali potranno invitare altri di me più valenti a discendere nella lizza.

Io non posso nè voglio tentare la definizione dello stato agonico, evito anzi volontieri questa espressione: quando, nella convinzione del medico che assiste, la morte è vicina od imminente, là comincia ad affacciarsi il problema.

L'osservazione 106ª che diede occasione al lavoro di Morisani, era stata preceduta da quella di Franzolini (Osserv. 10ª), entrambi gli operatori fecero seguire al taglio cesareo l'amputazione utero-ovarica. E nel capitolo III di questo lavoro noi troviamo due altre osservazioni di taglio cesareo, su donna prossima a morte, con

processi speciali: nell'una il Frank attuò il metodo da lui ideato su donna condannata a prossima morte dalle scottature riportate, nell'altra il Thomas eseguì la gastro-elitrotomia *in articulo mortis* come scrive lui stesso. Vediamo ora i fatti analoghi che non ebbi occasione di citare nel corso del lavoro. Il caso di Röser fu operato il 15 maggio 1840. Si trattava di una donna gravida al 10° mese che era ammalata di peritonite e presentava gravi fenomeni cerebrali. Dopo un tentativo infruttuoso di estrarre il feto colla versione, coll'assistenza di due colleghi, procedette alla esecuzione del taglio cesareo sulla donna agonizzante, completamente priva di coscienza. Il feto asfittico venne rianimato. La madre morì durante l'applicazione delle legature. L'autopsia diede il seguente reperto: peritonite ed apoplessia capillare con ramollimento rosso del cervello. Il Röser ne desume che il taglio cesareo in donna agonizzante è indicato: 1) quando la diagnosi e la prognosi del medico pongono in sodo che una gravida non può più salvarsi e che essa morirà al più tardi fra 12 ore: 2) quando la vita è così prossima a spegnersi da avere la perfetta incoscienza: 3) quando la liberazione per le vie naturali allo scopo di salvare il bambino è impossibile e l'ascoltazione esatta ci avrà fatti convinti della vita del feto.

Un altro caso (1859) ci venne fatto conoscere dal Runge e questo è tanto più interessante inquantochè se ne immischiò l'autorità. La moglie di un medico ammalò di eclampsia nel 10° mese di gravidanza e dopo ripetuti attacchi il suo stato fu dichiarato disperato, e poichè, per la chiusura della bocca uterina, non era possibile la liberazione per le vie naturali si procedette al taglio cesareo: il feto venne estratto morto e la madre campò ancora circa 14 ore. L'autorità inquirì ed aprì un'azione penale contro i medici operatori, i quali furono condannati, malgrado un'abile difesa di Davidsohn, sulla base di un parere motivato del collegio medico della Slesia La difesa si appellò come ad arbitro supremo alla deputazione scientifica di Berlino, e questa redargui il verdetto del collegio medico della Slesia, si pronunciò apertamente per la giustificazione scientifica del taglio cesareo sulla donna agonizzante, e ne seguì l'assoluzione degli incolpati. Questo caso è conosciuto in Germania col nome di « caso Fischer e compagni ».

Un altro caso venne operato da Nussbaum nel 1873; si trattava di una donna in gravidanza avanzata, nella quale in causa di ac-

cessi di soffocazione si era praticata la tracheotomia; 40 ore più tardi ne seguì una strabocchevole emorragia secondaria dalla ferita del collo, che rese moribonda la paziente per cui il chirurgo praticò il taglio cesareo estraendo un feto asfittico che fu presto rianimato.

Nella discussione avvenuta in occasione della presentazione del caso di Martin, abbiamo già visto come il Gusserow si mostrasse favorevole al taglio cesareo in donna agonizzante, e dalla sua clinica ci era già venuto un caso nel 1879 narratoci dal Sommerbrodt. Una donna d'anni 34 venne trasportata il 3 dicembre 1879 dalla clinica di Frerichs nel comparto ostetrico della Charité colla diagnosi di tumore cerebrale del lato sinistro. Profondo sopore, pupille midriatiche non reagenti allo stimolo luminoso, viso cianotico, rantoli tracheali. Bocca uterina dilatata come un marco, borsa amniotica rotta. Temperatura 35, polso 100. Il battito cardiaco fetale non lo si avvertiva distintamente, ma i moti attivi erano molto vivaci. Improvvisa cessazione della respirazione con aumento della cianosi mentre il cuore continuava a battere. Taglio cesareo, bambino vivo. Sutura uterina e addominale, durante la quale la madre soccombe. L' autopsia confermò la diagnosi clinica.

L'autore difende il taglio cesareo sulla donna agonizzante purchè sieno presenti le due seguenti condizioni: la continuazione della vita della madre è impossibile, la vita di un feto capace di vivere è sicuramente constatata.

Il Löwenhardt nel 1871 l'aveva caldamente patrocinato.

Molti trattati classici non ne parlano; il Morisani cita l'opinione favorevole di Burns e di Kilian: ecco come ne parlano due autorevolissimi scrittori recenti. Lo Schroeder così si esprime: questa raccomandazione (di Low.) *merita considerazione in casi appropriati quantunque non sia a disconoscersi che essa può condurre a brutti abusi e che abbastanza frequentemente* l'operazione nella pratica privata potrà essere ineseguibile. Si discosta un poco dalla mia edizione quella del Dott. Rocca che per qualche variante verrebbe ad aggravare il giudizio che ne porta lo Schroeder. Ecco le sue parole: quelle sottolineate rappresentano i punti in cui c'è diversità di interpretazione. Nei casi che si presentano *è da ricordarsi di questa raccomandazione;* ma essa *molto sovente può essere causa di errori spiacevoli* e nella comune pratica impossibile a seguirsi. La traduzione francese dello Charpentier sulla 4ª edizione tedesca pubblicata nel 1875 non ne fa motto.

Più diffuso e più esplicito era stato lo Spiegelberg, e mi pare valga la pena di riportare il brano in cui è trattata questa questione. « Molto più difficile è la decisione, egli scrive, quando noi « ci troviamo di fronte ad una gravida *nell' agonia o vicina ad* « *essa*. Poichè se il taglio cesareo il più di soventi diede felici « risultati allora soltanto che la morte avvenne improvvisamente, « e la circolazione e lo scambio sanguigno si mantennero quindi « inalterati sino a quel momento, per contro, in regola generale, « quando la vita della madre si spegne lentamente, il feto soc- « combe prima della fine di essa e perciò la liberazione dopo « questa non lascia speranze. Le eccezioni appartengono alle più « grandi rarità. Attendere la morte della madre equivale il più « sovente a perdere il bambino, e salvare quest'ultimo col taglio « cesareo sulla donna morente riveste le sembianze di un proce- « dere inumano e urta contro molti riguardi. Pure in molti casi « questa inumanità non è che apparente, ed io in genere mi ac- « cordo con Loewenhardt quando egli chiede di salvare ciò che « havvi da salvare, di conservare almeno una vita, e per spin- « gere troppo lontano i riguardi verso una vita prossima a spe- « gnersi di non lasciar perire anche l'altra. Ma la decisione deve « essere presa in unione con un altro ostetrico, e presa non deve « attuarsi che coll' acconsentimento dei parenti più vicini della « gravida. Il consiglio di evitare il taglio cesareo mediante l' e- « strazione del feto per le vie materne coll'apertura cruenta del « collo uterino, io lo giudico riprovevole: questa operazione *in* « *una gravida* è lesiva al pari di quella mentre è più pericolosa « per il feto che solo è a salvarsi e lascia meno speranza di « averlo vivo e di conservarlo ».

Il Runge è pure partigiano del taglio cesareo in donna morente in determinate circostanze, e ricorda alcuni casi suoi proprii in cui l'attesa della morte della madre votò al sacrificio anche la vita del bambino; per cui fino dal 1877, riportando un caso consimile occorso a Zweifel, chiudeva il suo lavoro col dire che niun caso era più proprio di quello a dimostrare la necessità del taglio cesareo nell' agonia sotto determinate condizioni. Si trattava anche in questo caso di una donna affetta da tumore cerebrale, per cui erano entrati in scena i fenomeni più minacciosi, la temperatura era andata crescendo rapidamente e la paziente trovavasi nello stato agonico. La liberazione per le vie materne non era possibile e si arretrarono dinanzi al taglio cesareo in donna viva.

Il feto morì per così dire *sotto le loro mani.* I toni cardiaci che erano evidentissimi scomparvero quando la temperatura oltrepassò i 40° e raggiunse l'estremo grado di 43°,5. Il taglio cesareo venne eseguito appena constatato il silenzio del cuore materno, ma si ebbe un feto morto: l'autopsia confermò la diagnosi medica.

Forse a molti lettori nel seguirmi fin qui sarà occorso di provare lo stesso fenomeno psicologico che si è avverato in me mano mano che le mie ricerche si moltiplicavano, conducendomi poi al risultato che il taglio cesareo su donna morente non era poi un'isolata temerarietà di un chirurgo, ma era entrato nella coscienza e nella convinzione di molti, per cui quel primo spettro della inumanità dell'atto operativo andava dissipandosi, e quel raccapriccio provato dal sentimento, nel figurarsi un chirurgo intento ad incidere una donna spirante si è andato affievolendo ed il freddo raziocinio ha preso il sopravvento, portando me pure al convincimento essere in determinati casi giustificato il taglio cesareo su donna vicina a morte.

Ammessa la pratica del parto prematuro nelle gravide che versano in condizioni così gravi da farci temer non lontana la loro morte, ammesso che, date le condizioni favorevoli, debba farsi la liberazione per le vie naturali prima che la donna sia spirata, come dovremo comportarci nei casi in cui non fu possibile risvegliare in tempo le contrazioni uterine e la liberazione per le vie naturali non ci pare possibile o circondata da tali difficoltà da rendere molto più barbaro lo spettacolo del chirurgo, che colla mano in vagina e in modo incruento o cruento cerca di aprirsi a viva forza un varco che forse il canale cervicale gli rifiuta? E collo stetoscopio alla mano avvertiamo come il battito fetale vada mano mano alterandosi nella sua frequenza e nel suo ritmo, e la donna è perduta nella nostra convinzione assoluta e noi dovremo assistere colle mani alla cintola allo sperdersi di una vita che noi abbiamo la certezza di salvare, senza tener calcolo degli interessi morali e civili che s'imperniano su quella esistenza? Ciò lascia travedere il modo speciale col quale io vorrei formulata la indicazione del taglio cesareo su donna agonizzante: *se due o più colleghi sono convinti che la donna è condannata irremissibilmente a prossima morte e ritengono impossibile od inopportuna la liberazione per le vie naturali, ed il feto è vivo e vitabile fanno i preparativi per il taglio cesareo e collo stetoscopio alla mano sorvegliano il battito cardiaco fetale: se questo si mantiene regolare si attende*

lo spirare della donna per poi procedere immediatamente al taglio cesareo, ma questo lo si imprende tosto se lo stetoscopio ci rileva i segni dell'incipiente asfissia del feto.

Si obbietta: il nostro pronostico può essere errato vuoi perchè basa sopra una diagnosi inesatta, vuoi perchè non mancano esempi di casi veramente disperati risorti per così dire a nuova vita. Rispondo che essi sono di una eccezionalità troppo straordinaria perchè se ne possa tener calcolo, che il taglio cesareo non uccide in modo assoluto ma lascia il 50 % circa di probabilità di sopravvivenza, che si salva ad ogni modo sicuramente una vita. Ma tenendo pure la questione nello stesso campo, aspettando la morte della madre, siamo noi sicuri che essa sia reale, non ci sono forse esempi di madri rinvenute sotto il coltello dell'operatore, o forse vorremo noi attendere i segni della putrefazione quando ogni ombra di dubbio è dissipata sulla morte della madre, ma è altresì dissipata ogni ombra di speranza sulla vita del feto? Ecco dunque che l'obbiezione o non vale o vale egualmente per gli uni e per gli altri, per quelli che attendono timorati la morte e per quelli che non sanno acconciarsi a restare neghittosi quando il loro intervento può almeno salvare una vita. Il nostro campo è irto di gravi e spinose responsabilità. Quando noi sacrifichiamo il feto di deliberato proposito nelle stenosi pelviche siamo noi certi di salvare la madre? E quando ci decidiamo a provocare l'aborto per vomiti incoercibili non ci assale il dubbio che questi potrebbero pure cessare senza il nostro intervento?

Ogni caso avrà del resto la sua propria fisionomia, e richiederà tatto, coscienza, perizia per parte di chi assiste. E già ora sulla base delle osservazioni conosciute si può forse tentare di gettare le basi di uno studio generale. Proviamoci a riunirle in un quadro onde gettare su di esse uno sguardo d'insieme.

Operatore	Causa della imminenza della morte	Bambino	Osservazioni
Röser	Peritonite, fenomeni gravi cerebrali	vivo	L'autopsia diede il seguente reperto: peritonite, apoplessia capillare, rammollimento rosso del cervello.

Operatore	Causa della imminenza della morte	Bambino	Osservazion
Fischer e comp.	Eclampsia	morto	
Nussbaum	Emorragia da tracheot.	vivo	
Sommerbrodt dalla clin. di Gusserow	Tumore cerebrale	vivo	Conferm. la diagnosi
Franzolini	Edema polmonare	vivi	
Carrara (1)	Tifo pellagroso	vivo	
Frank	Scottature	vivo	Col processo di Frank.
Thomas	Pneumonite	vivo	Gastroelitrotom.

Il punto cardinale sta nel giudizio che noi portiamo della incurabilità assoluta della donna su cui ci accingiamo ad operare. Ora questo giudizio può essere basato vuoi sulla natura del male, vuoi invece sopra un complesso di sintomi minacciosi. Di questa razionale distinzione troviamo appunto già segnate le traccie negli otto casi accennati: appartengono alla prima classe le gravissime lesioni, i tumori cerebrali, il tifo pellagroso, la tisi florida, il carcinoma, ecc. In altre circostanze invece noi abbiamo soltanto un gravissimo quadro fenomenologico, che qualche volta può dissiparsi e permettere, la malattia sia per sè curabile od incurabile, che la vita continui per mesi e per anni: di ciò abbiamo un esempio nella eclampsia, nei vizii di cuore, di cui ogni ostetrico consumato può ricordare casi disperati condotti a salvamento. Sventuratamente è noto come il più delle volte non sia la malattia per sè che uccide il feto, ma alcuni sintomi da essa apportati, specialmente l'insufficienza respiratoria. Ne segue che nelle affezioni ultimamente accennate e specialmente nei vizii cardiaci sarà grandissimo il nostro imbarazzo poichè da una parte il feto molte

(1) Il Dott. Carrara ha testè pubblicato (*Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*, 1884, fasc. 1°), il suo caso in due lettere al Prof. Morisani. Egli svolge opportune considerazioni a difesa del taglio cesareo su donna agonizzante. Quanto all'amputazione utero-ovarica, l'autore la fece seguire al taglio cesareo per due ragioni: una d'indole generale, per mettere la donna in condizioni più favorevoli per la guarigione nel caso che la prognosi di morte prossima si fosse smentità, una d'indole particolare relativa cioè al caso concreto, inquantochè non trovandosi facile il distacco della placenta si temeva di una emorragia ricorrendo al distacco forzato.

volte soccombe precocemente per l'insufficienza respiratoria della madre e per la diminuita pressione arteriosa, e dall'altra la madre può riaversi anche da condizioni veramente estreme. È appunto per tali ragioni che il Runge opina per es. che di fronte a fenomeni che minacciano la vita e che sono in dipendenza di vizio cardiaco in donna a periodo inoltrato di gravidanza, l'ostetrico debba astenersi dal taglio cesareo ante-mortem. Anche il Gusserow difficilmente vi si risolverebbe nella eclampsia e nei vizii cardiaci.

Senonchè la questione può complicarsi e l'ostetrico può dimandarsi se in tali casi disperati, essendo la liberazione per le vie naturali impossibile o più dannosa alla madre, riconosciuti d'altronde i vantaggi che la madre può ritrarre dalla diminuita pressione addominale per lo svuotamento dell'utero gravido non possa egualmente farsi il taglio cesareo colla sicurezza di salvare il feto e con una lontana speranza di giovare alla madre. Di tal natura sembra essere stato per esempio il caso di Franzolini. Su questa questione non oso ancora pronunciarmi: ad ogni modo forse da molti sarà almeno divisa la convinzione: *essere il taglio cesareo ante-mortem giustificato nei casi in cui la prognosi di morte prossima ed inevitabile è basata sulla natura stessa del male e non piuttosto sopra un corteo minaccioso di sintomi,* ammesse naturalmente le altre condizioni accennate da Spiegelberg, da Morisanì, da me: 1) che ci sia il consentimento dei parenti della gravida; 2) che la responsabilità sia divisa da qualche altro collega autorevole; 3) che la liberazione per le vie naturali sia giudicata impossibile od inopportuna; 4) che lo stetoscopio ci rilevi i segni della incipiente asfissia del feto.

I casi come quelli di Franzolini danno in certo qual modo la mano a quei casi, in cui, versando già la donna in condizioni gravissime, si ha ragione di credere che l'influenza perniciosa che la contrazione uterina esercita sul circolo, sul respiro, sul sistema nervoso dia il tracollo alla vita della gravida, e nell'interesse di questa si ricorre al taglio cesareo anzichè alla provocazione del parto, dalla quale non parrebbe sorgere che una certezza di morte anzichè una speranza di salute. Vi appartiene il caso di Martin (osservazione CXXXVIII[a]), nel quale fortuna volle che l'esito felice per la madre coronasse l'ardua impresa.

E qui mi sia lecito dar posto al caso di Kehrer, il quale operò col metodo Porro su donna agonizzante ma a feto morto, placenta

staccata, pelvi gravemente ristretta per osteomalacia. Esso è interessante per molti riguardi e venne riferito da Keher nella seduta del 20 settembre 1883 nel Congresso dei ginecologi tedeschi tenutosi in Freiburg. Riporto la comunicazione tradotta testualmente.

Osservazione 141ª. — Una gravida con malattia di Bright e stenosi pelvica da osteomalacia fu operata in campagna *in uno stato evidentemente moribondo* (in einem scheinbar moribunden Zustande), con collasso di alto grado, ronchi, utero doloroso, flusso fetente dai genitali. Il bambino era morto in conseguenza di precoce distacco della placenta. Kehrer eseguì l'operazione di Porro: sgusciò l'utero, l'incise al fondo, allontanato l'uovo, appose una legatura elastica, amputò il corpo uterino e trattò il peduncolo in modo extraperitoneale col cloruro di zinco. La paziente si riebbe dal suo collasso, nella 3ª settimana si staccò il pezzo fetido di moncone periferico, la temperatura salì nuovamente a 39° 5, si produsse una peritonite circoscritta, finchè il moncone necrotico venne tutto eliminato. La paziente aveva ascite e dopo la retrazione del moncone, cominciò a stillare dalla ferita del liquido ascitico, e al 42° giorno dopo l'operazione dall'imbuto della ferita si mostrarono anche latte e materie fecali: in un'ansa intestinale adesa nella vicinanza del moncone si era fatta una fistola intestinale accessibile ad un catetere, in causa della eliminazione necrotica di un pezzetto di parete intestinale. La massima parte delle feci si eliminava però per le vie naturali. Mentre il morbo di Bright immediatamente dopo la liberazione pareva alquanto migliorata, i fenomeni andarono nuovamente crescendo d'intensità e dieci settimane dopo l'operazione la donna moriva. Kehrer presenta due preparati, il moncone uterino fortemente involuto, conico che trapassa in un'ampia aderenza ed un pezzo della parete addominale, con un'ansa aderente del tenue, dalla quale una piccola apertura conduce all'imbuto cicatriziale.

Ma deciso in massima il taglio cesareo a quale processo daremo noi la preferenza? In quattro degli otto casi accennati si eseguì il taglio cesareo classico con o senza sutura; il Frank procedette all'attuazione del suo proprio metodo, il Thomas alla gastroelitrotomia, Franzolini ed il Carrara fecero seguire al taglio cesareo ordinario l'amputazione utero-ovarica. La gastro-elitrotomia non mi pare possa essere adottata in simili casi perchè richiede an-

tecedentemente la dilatazione del collo, e ottenuta questa si deve preferire la liberazione per le vie naturali. Che se la donna è in travaglio, la dilatazione è completa e la pelvi non permette il passaggio di un feto vivo solo allora potrà discutersi la opportunità di seguire la condotta di Thomas. E che almeno in simili casi si debba ammettere la indicazione del taglio cesareo già indicato dalla stenosi pelvica mi pare evidente. Infatti vorremmo noi rifiutare, a feto pericolante, un atto operativo che si si sarebbe potuto compiere con scienza e coscienza sulla donna perfettamente sana, e rifiutarlo per la ragione che ella versa in condizioni gravi, quando quindi deve per questa ragione stessa scartarsi il partito della embriotomia a feto vivo? D'altra parte il processo da noi scelto deve soddisfare essenzialmente a due condizioni, celerità e sicurezza di esecuzione per riguardo al bambino, semplicità di tecnicismo per essere alla portata di tutti e per non offendere troppo i sensi dei presenti con inutili complicazioni e con superflue mutilazioni. Quando noi abbiamo fatto entrare nell'animo e nella mente di coloro che circondano la gestante la nostra convinzione che essa è irremissibilmente perduta, che i suoi momenti sono contati, e che *appunto per questo* una dolorosa necessità ci consiglia ad aprire il ventre per salvare quanto resta a salvare, a che pro aggiungere la mutilazione della donna e offrire lo spettacolo di strappare l'utero e le ovaie da una donna spirante? Ma ciò, si può rispondere, dà una maggiore garanzia di guarigione. Il rispondere in tal modo, date le premesse, non suonerebbe amara e sanguinosa ironia? È vero che noi dobbiamo circondarci di tutte le precauzioni come se la donna fosse sana, ma un buon processo di sutura queste garanzie sufficienti ce le offre e noi dobbiamo accontentarcene, poichè non è il caso di discutere se l'un processo dia il 50 % e l'altro il 49 % di probabilità di salvezza. Inoltre non dobbiamo dimenticare che la donna è ancora legata alla vita da un tenuissimo filo, e noi dobbiamo cominciare collo scegliere un processo che dia meno rischi di reciderlo. Ora più è grave il traumatismo e più questo rischio si corre, e, nello stato gravissimo in cui versa la donna, non si potrà disconoscere la perniciosa influenza della costrizione di molti ed importanti elementi nervosi sul circolo e sul respiro. E a chi volesse procedere per le sottili e ribattere con nuovi argomenti desunti dalla prognosi migliore del metodo Porro, io aggiungerei, perchè non fare un passo più in là e consigliare il metodo Porro

anche nel taglio cesareo post-mortem perchè darebbe maggior garanzia di sopravvivenza se la donna creduta morta non fosse che morta in apparenza?

Ciò per i casi in cui, dalla convinzione assoluta che la gravida è moribonda e che il feto pericola, la nostra coscienza trae la forza di compiere su di essa il taglio cesareo prima della morte. Nei casi, come quello di Franzolini e di Martin, nei quali aleggia anche la speranza di giovare alla madre col taglio cesareo, allora noi trarremo la decisione dalle circostanze del caso, dagli accidenti eventuali dell'atto operativo, dall'indole dell'affezione, dalla conformazione della pelvi.

B. — Come comportarci nei casi in cui per errore diagnostico si incise l'utero gestante, ovvero lo si ferì nel praticare l'ovariotomia o la miomotomia? Deve estendersi in ogni caso la ferita uterina ed estrarre il prodotto del concepimento? E praticato il taglio cesareo lo si deve far seguire dall'amputazione utero-ovarica? Il Warren (osserv. 81ª) non fu convinto dell'errore in cui era caduto che dall'autopsia, avendo continuato ad operare sotto l'impressione che si trattasse di un sacco abnorme e non dell'utero. Invece nel capitolo II di questo lavoro ho già fatto cenno dei casi di Spencer Wells e di Reimann, nel primo dei quali si ferì l'utero durante l'ovariotomia, nel secondo lo si punse per errore diagnostico credendo una ciste l'utero stesso; in entrambi si fece la sutura della ferita per cui si era estratto il prodotto del concepimento e nel primo si ebbe la guariglone, nel secondo la morte. Nel caso di Byford (l. c.) l'utero fu pure punto durante l'ovariotomia, la gravidanza era arrivata al 7º-8º mese, si dilatò l'apertura, l'incisione cadde sulla placenta, si praticarono sette punti sutura, e si ebbe la guarigione. Non tenendo calcolo del caso di Warren, poichè egli non avvertì l'errore, sino a questi ultimi tempi la pratica costante nelle ferite accidentali dell'utero a laparotomia già praticata pare sia stata di compiere il taglio cesareo e suturare la ferita ed i risultati sono davvero incoraggianti poichè dei tre accennati, due furono seguiti da guarigione. Recentemente da tale pratica si discostò il Lee in un caso che così egli ebbe a riferire nella seduta del 21 novembre 1882 alla Società Ostetrica di New-York (1).

---

(1) *The American Journal of Obstetrics.* March 1883.

La paziente d'anni 28 venne inviata all' ospedale muliebre dal dottor Hanks per la rimozione di una cisti ovarica situata a destra. La presenza della cisti era stata probabilmente la causa di parecchi ripetuti aborti ed essendo ora la paziente gravida nel 3º mese si pensò a rimuoverla. Fatta la solita incisione per l'ovariotomia vennero accertati i rapporti del tumore coll' utero. Nel volgere la paziente sul fianco per pungere la cisti questa sfuggì all'insaputa dell'operatore e prese il suo posto l' utero, per cui questo venne punto in sua vece. Un largo trequarti penetrò nel corpo dell'utero ad una profondità di circa due pollici, in un punto situato due pollici circa al disotto del fondo. Quando il trequarti venne ritirato non sfuggì alcuna goccia di liquido. La ferita uterina venne unita con seta carbolizzata, il lungo peduncolo della cisti ovarica fu quindi legato, la cisti venne rimossa e si chiuse la ferita addominale. L' aborto non occorse e la paziente guarì.

Dalla discussione che ne seguì risultò che certamente la borsa amniotica non era stata lesa, altrimenti ne sarebbe seguito l' aborto, e che questo caso al dire di Mundé era l' unico di quelli a lui conosciuti nei quali non fosse seguito l'aborto dopo la ferita dell'utero.

È interessante il conoscere il decorso ulteriore del caso di Lee e quale esso fosse ce lo disse il Dott. Hanks nella seduta del 20 marzo 1883 della stessa Società (1).

La paziente fu inviata a casa verso la fine della quinta settimana dopo l'atto operativo, senzachè in quel periodo si fossero manifestati sintomi di aborto. Ma al 3º giorno circa dopo il suo ritorno ella cominciò a lamentarsi di dolori ed apparve alla vulva un po' di sangue. Dopo 36 ore la paziente si era fatta rapidamente esangue malgrado gli sforzi fatti per arrestare l'emorragia: la dilatazione della bocca uterina era iniziata ed essa fu aumentata artificialmente durante l' anestesia: fatte trazioni sui piedi che si presentavano si estrasse il tronco decomposto e staccato dal capo. I diversi mezzi messi in opera per estrarre il capo riuscirono infruttuosi per cui essendo l'emorragia cessata e la paziente molto prostrata si amministrarono stimolanti, ergotina, anodini e la si lasciò riposare sino al giorno successivo nel quale la testa fu espulsa spontaneamente.

---

(1) *The American Journal of Obstetrics.* September 1883.

Infine nella seduta del 19 settembre 1883 della Società ginecologica americana riunitasi in Filadelfia, lo stesso Lee ritornava sull'argomento colla lettura di una memoria nella quale discuteva la condotta dell' operatore che per avventura pungesse o ledesse in qualche modo l'utero durante una laparotomia (1). Dimostrata la possibilità che la gravidanza continui malgrado la lesione dell'utero, se questa non ha interessato il contenuto uterino, egli si dimostra partigiano della sutura, la quale permette di dare anche al feto una probabilità di sopravvivenza. Nel caso che la ferita fosse troppo piccola per essere suturata, consiglia di toccare il punto sanguinante col termo-cauterio fino a che il gemizio sia cessato, riservando il taglio cesareo pei casi in cui la lesione avesse interessato il contenuto uterino.

Coi pochi fatti che fortunatamente la letteratura ostetrica possiede in simile campo è difficile pronunciare un giudizio basato su essi. Certamente si può ammettere, e d'altronde lo dimostra il caso di Lee, che il parto non debba seguire necessariamente alla lesione dell' utero quando questa non interessi anche il suo contenuto. Vero è che in detto caso si ebbe pure più tardi l'aborto, ma difficilmente si potrà tenere responsabile di esso una ferita inferta circa 6 settimane prima, e d'altronde di aborti verso quell' epoca ne aveva avuti ripetutamente e se la ovariotomia fu indicata da essi non è però dimostrato che stesse veramente nella cisti la causa degli aborti. È piuttosto curioso che nulla ci si dica sulla causa della emorragia, ma forse appunto per ciò noi inclíniamo a crederla in dipendenza dell' aborto. Una distinzione che ad ogni modo sorge netta dal caso e dalle proposte di Lee è quella che risguarda l' epoca della gravidanza. Se questa non è avanzata, se il feto non è vitabile, mi pare un razionale tentativo questo di cercare di salvare la vita del feto. Non abbiamo forse casi in cui l'esportazione dei miomi uterini fu compatibile colla continuazione della gravidanza? Se poi la gravidanza fosse molto inoltrata, il feto sicuramente vitabile e più se prossimo al termine e la lesione appena appena manifesta, mi deciderei nello stato presente delle mie convinzioni piuttosto per il taglio cesareo, nella tema delle conseguenze che all'atto del parto si potrebbero

---

(2) *The Management of accidental puncture and other injuries of the gravid uterus as a complication of laparotomy (Americ. Journal of Obstetrics.* October 1883).

avere in causa delle contrazioni uterine e della loro influenza sulla recente ferita e sutura. Studii sperimentali potrebbero forse illuminare questi problemi. Quanto all'amputazione utero-ovarica come complemento del taglio cesareo non mi parrebbe giustificata che nei casi in cui la ferita fosse irregolare, frastagliata e non asciasse speranza di un esatto combaciamento de' suoi margini.

C. — Nel mio quadro statistico non diedi luogo che ad un caso di rottura d'utero, a quello di Halbertsma e già ne indicai le ragioni. In questo caso l'amputazione utero-ovarica fu veramente il complemento del taglio cesareo, mentre quando il feto è passato nel cavo addominale l'amputazione utero-ovarica non è che il complemento della laparotomia fatta per estrarnelo, e d'altra parte i criterii di prognosi sono profondamente alterati e per la natura dell'accidente, e per il tempo che trascorse da esso all' atto operativo, e per l'inquinamento del peritoneo per parte dei liquidi e secreti in esso versati. Non è quindi a meravigliarsi che si sia avuto l' esito letale nei casi conosciuti di Prêvot, di Fornari, di Pasquali, di Säxinger, e d' altra parte la sede di predilezione delle rotture d' utero esclude nella maggior parte dei casi tale atto operativo che, eseguito su donne in stato di collasso più o meno grave, può essere sufficiente a dare il tracollo. D'altra parte in tutti i casi in cui, praticata la laparotomia, si ricorse alla sutura con o senza resezione dei margini della breccia, si ebbe pure l'esito letale, mentre splendidi risultati si ebbero colla estrazione per le vie naturali e col drenaggio. Ma il caso di Halbertsma ci porta in un altro campo. Egli esegue con esito felice l'amputazione cesarea utero-ovarica in un caso di rottura incompleta. Ed io mi faccio un quesito più generale: oltrechè nei casi di rottura incompleta è giustificato il taglio cesareo nei casi in cui si può temere imminente una rottura d'utero? Vanno naturalmente esclusi dalle nostre considerazioni i casi in cui l' ostacolo meccanico al parto indica già per sè stesso in modo assoluto il taglio cesareo. Ora clinicamente parlando la rottura d'utero ci si può presentare con due quadri affatto distinti. In alcuni casi, molto rari a mio avviso, noi dobbiamo accettare una certa disposizione insita nelle condizioni di tessitura dell' organo gestante, per cui pur essendoci un ostacolo minimo o nullo al parto, e magari una debole attività uterina possiamo avere una rottura d'utero persino anche prima della rottura delle membrane. In questa condizione di cose l'accidente si produce quietamente, noi ce ne facciamo accorti o

per la perdita sanguigna, o per la deviazione della parte presentata, o all' atto del nostro intervento richiesto da cause accidentali e secondarie. In questi casi è evidente come una cura preventiva sia affatto impossibile. Ma il più delle volte il quadro clinico che precede ed accompagna la rottura d' utero è tumultuario, gli avvenimenti incalzano e si danno la mano, esiste un ostacolo al parto o nella trafila pelvica o nel volume o nell'atteggiamento del mobile che la deve attraversare, il segmento uterino si espande e si assottiglia, il corpo uterino si retrae in alto a guisa di grossa calotta al disopra del contenuto quasi tutto spinto nel segmento inferiore, i legamenti rotondi si fanno straordinariamente tesi, il segmento inferiore scoppia, il più delle volte il contenuto uterino passa ad un tratto nel cavo addominale, i dolori cessano subitamente, insorgono fenomeni gravi di collasso. È in questo campo che la cura profilattica può essere feconda di bene poichè mentre un tempo non si avevano che segni razionali che potevano farci temere l'accidente, e dai più lo si subiva come un fulmine a ciel sereno, fu merito degli studii moderni di aver fissato l'attenzione sopra *fatti rilevabili obbiettivamente* e con facilità o che ci fanno temere l' avvicinarsi del formidabile accidente: essi risguardano la notevole tensione dei legamenti rotondi e il modo di comportarsi del segmento inferiore, del cingolo di contrazione e della parte d'utero ad esso sovrapposta. Nelle presentazioni del vertice, non mi pare ci sia da esitare sulla condotta a tenersi: poichè non si tratterà, nel quesito quale io posi, che di una stenosi pelvica modica o di idrocefalo, il craniotomo deve a mio avviso risolvere il problema a feto vivo ed a feto morto, poichè la craniotomia non è tale atto operativo che, fatto bene porti con sè un aumento apprezzabile della distensione del segmento inferiore. Un craniotomo a punta ben affilata sarebbe in questi casi, per quanto ne penso, preferibile al craniotomo o trapano.

Più interessante e più viva sarebbe invece la discussione degli ostetrici se volta alle presentazioni del piano trasversale, per le quali, già indipendentemente da ogni minaccia di rottura o da stenosi pelvica concomitante di qualche entità (almeno non se ne fa cenno), pare sia stato fatto il taglio cesareo. Benchè qua e là qualche caso sia stato riferito anche nel vecchio continente, come di uno, discorre incidentalmente il Pajot ne' suoi scritti, è agli Stati Uniti dove sembra che tale pratica abbia trovato uso più diffuso, e con risultati relativamente favorevoli. Non

posso a meno di riportare intieramente il brano di Harris che vi si riferisce (1). Dopo aver premesso che il ragionamento che si fa in altre contrade non può in tutto applicarsi agli Stati Uniti, inquantochè in essi si ebbe una mortalità cesarea molto minore, così prosiegue: « Prendiamo, per esempio, il caso della presenta-
« zione del piano trasversale del feto, quando esso è *incuneato*
« (impacted) nella pelvi e fissato inamovibilmente dalla pressione
« uterina a lungo continuata. Playfair insegna che, in questo
« stato di cose, noi dobbiamo ricorrere alla mutilazione del feto
« colla embriulcia o colla decapitazione, che probabilmente sono
« le più difficili e pericolose di tutte le ostetriche operazioni, e
« la via che egli raccomanda è quella additata e seguita quasi
« universalmente dagli ostetrici. Ora è avvenuto in passato che
« alcuni audaci operatori negli Stati Uniti si sono avventurati a
« violare questa legge in causa delle insormontabili difficoltà colle
« quali essi avevano a contendere in mancanza dei mezzi più re-
« centi inventati per superarle, e a praticare il taglio cesareo.
« Di dieci casi simili si tenne qui nota, e di essi sette ovvero
« 70 % guarirono; tre di essi erano stati per lungo tempo ab-
« bandonati all'assistenza di levatrici, due donne morirono di
« esaurimento, e la 3ª morì di schock dopo un periodo di ecci-
« tamento ed essendo balzata fuori dal letto al 3° giorno. Sei di
« tali operazioni si praticarono dal 1860 al 1866, dopo il quale
« tempo non ve ne furono altre. E per quanto io non mi spinga
« sino a raccomandare l'uso del coltello, in questi casi non so
« esimermi dal pensare che forse in casi estremi sarebbe meno
« mortale che non la embriulcia o la decapitazione, che al postutto
« sono tediose, difficili, pericolose anche cogli strumenti più per-
« fezionati (Allhough I am not prepared to recommend the use
« of the knife in these cases, I am not certain but that its use
« in extremity would be much less fatal here than embryulcia
« and decapitation, which are, at best, tedious, difficult, and
« dangerous with the most approved instruments) ».

Ed a proposito di questi casi, che non è a credere sieno stati operati da ciarlatani, o da gente che avevano l'audacia dell'ignoranza, ma bensì da chirurghi esperimentati ricorda come 40 anni

---

(1) Harris. *Special Statistcs of the cesarean operation in the United States, showing the successes and failures in each state (The American Journal of Obstetrics.* April 1881).

prima Blundell dopo aver visto le difficoltà ed i pericoli che si presentano in alcuni casi di presentazioni trasversali non fosse alieno dal taglio cesareo, ma egli gettava lo sguardo nell'avvenire e voleva che questo fosse prima migliorato, e alludeva, io credo, alla proposta da lui fatta ed esperimentata sugli animali.

Nell'osservazione 136ª da me riportata in un caso di presentazione di spalla, riusciti infruttuosi i tentativi di versione, e manifestatasi una emorragia grave vi si ricorse nell'interesse della madre che si credeva più tutelato dal taglio cesareo che non da operazioni embriotomiche, che d'altronde e l'ambiente e la mancanza di acconci strumenti non permettevano di fare con metodo rigoroso. Quale fosse la causa presunta della emorragia l'osservazione non dice, la pelvi era ristretta, ma ad ogni modo l'operazione venne richiesta dalla valutazione degli interessi della madre poichè il feto era morto, come mi scriveva l'operatore stesso con lettera in data 4 ottobre 1883: « ci decidemmo per il « taglio cesareo, non già perchè il vizio del bacino fosse tale da « non permettere nessuna operazione per le vie naturali, ma solo « in vista delle gravi condizioni in cui si trovava la donna per « la grave emorragia pregressa. Ritenemmo che anche il più « leggero tentativo di estrazione del feto per la vagina potesse « rinnovarla e mettere in pericolo la donna. D'altra parte anche « l'embriotomia per la qualità e quantità di atti operativi a « cui può dar luogo è in certi casi operazione assai più grave « del taglio cesareo specialmente dopo la modificazione del Porro ». E poco mancò che l'esito corrispondesse all'aspettativa dell'operatore, poichè l'operata campò fino al 19° giorno, nel quale morì, dice l'operatore, con tutti i segni di anemia cerebrale. Trattavasi in questo caso oltrechè di presentazione di spalla anche di rottura incompleta dell'utero alla quale fosse dovuta l'emorragia grave osservata? L'autopsia non è stata eseguita e che la rottura possa essere passata inosservata nell'atto operativo poco conta poichè non è facile la diagnosi nelle rotture incomplete ed in un caso sfuggì anche ad un ostetrico così esperimentato come il Prof. Tibone. Se io dovessi esprimere il mio convincimento riguardo alla indicazione fin qui accennata del taglio cesareo così lo formulerei: *nelle rotture incomplete dell'utero ovvero quando si teme prossima la rottura dell'utero nelle presentazioni trasversali si potrà procedere al taglio cesareo, e specialmente se il feto è vivo, quando la liberazione non si credesse possibile per le vie naturali*

che con atti operativi tali da portare indubbiamente una notevole e maggior distensione del segmento inferiore, aumentando quindi e rendendo completa la rottura incompleta già diagnosticata, ovvero provocando noi direttamente la catastrofe che con ogni nostra possa dobbiamo cercare di evitare.

Io comprendo come possa essere facile l'abuso di questa indicazione, colla quale molti potrebbero mascherare la loro pochezza clinica ed operativa, e perciò mi affretto ad aggiungere che se io ammetto casi di presentazione trasversale in cui anche all' infuori di una stenosi pelvica il taglio cesareo possa essere indicato, essi per vero si presentano alla mia mente come affatto eccezionali.

I casi di presentazione trasversale veramente circondati da gravi difficoltà sono il più delle volte associati alla stenosi pelvica, ed è noto come in simili circostanze sogliono gli ostetrici estendere i limiti della indicazione del taglio cesareo nelle stenosi pelviche. Ma non mancano anche a pelvi normale od a pelvi di pochissimo diminuita nelle sue dimensioni: soltanto io credo che i casi più gravi non siano precisamente quelli in cui il piano laterale è profondamente impegnato nella trafila pelvica, ed in ciò sta il mio disaccordo con Harris. In altra circostanza (V. il mio Rendiconto) ho insistito sul fatto, che messo da parte il rivolgimento quando esso è controindicato, non si devono mettere alla rinfusa la evoluzione artificiale, la decollazione, l' esenterismo e la spondilotomia dorsale; ma come ognuno di questi processi abbia le sue indicazioni speciali determinate dal grado d' impegno del feto, dal suo modo di atteggiarsi, dal modo di comportarsi dell'utero riguardo al suo contenuto. Ora, per quanto me lo concede di affermare la mia esperienza, del resto sufficientemente vasta in simile argomento, quando il feto è profondamente impegnato l' esenterismo e la derotomia mi sono sempre sembrate di facile ed innocente esecuzione, ed hanno il vantaggio di non portare la loro azione sul segmento inferiore che in modo molto indiretto.

Ben diversamente corre la bisogna quando il piano laterale non è profondamente impegnato, ma il feto, di cui non pende in vagina che il braccio, è tutto quanto contenuto nella cavità uterina e l'utero col suo contenuto è elevato e retratto al disopra dello stretto superiore. Ed in questi casi il feto può comportarsi in due modi diversi come ebbi ad osservare. Il feto cioè può man-

tenere il suo atteggiamento trasversale, ovvero la testa essere fortemente compressa sul piano laterale opposto a quello che si presenta in modo da avere testa ed ovoide podalico quasi portati a mutuo contatto e al disopra del cingolo di contrazione. Per quanto si riferisce alle operazioni embriotomiche la decollazione sarà possibile forse facile nella prima serie di casi, impossibile o estremamente difficile nella seconda, nella quale bisognerà ricorrere ad altri processi embriotomici. Ma ogni operazione manuale od embriotomica può essere controindicata: il feto è in gran parte contenuto nel segmento inferiore enormemente espanso ed assottigliato, il pericolo della rottura è imminente tanto maggiore in quanto che è ineguale la pressione a cui sottostà il segmento inferiore (maggiore dalla parte della testa), ed allora il minimo aumento di pressione per parte della mano introdotta per la guida degli strumenti, e queste manovre potranno essere difficilissime, può generare la catastrofe. Ed è appunto in simili casi che si può ritenere giustificato il taglio cesareo, il quale potrà forse presentarci una prognosi più favorevole che non una operazione embriotomica fatta in condizioni straordinariamente difficili: ma è appunto perchè esso riveste un carattere affatto eccezionale che anche in questi casi vorrei che si avesse di mira la conservazione del viscere gestante, ammenochè la sua ablazione non fosse consigliata da altre indicazioni o già esistenti, od insorgenti nell'atto operativo stesso.

D. — Fra le nostre osservazioni ne troviamo due interessanti (45ª-57ª) di gravidanza a termine in corni rudimentarii di uteri bicorni unicolli.

Nel caso di Salin non eravi alcuna comunicazione tra il corno gravido e quello vacuo, come non eravene alcuna fra esso e il canale cervicale. Nel caso di Litzmann-Werth una piccola apertura che dalla bocca uterina conduceva nella cavità dell' utero gravido, rilevata all'esame del preparato, doveva sottrarsi in vita all' esame clinico e per la sua piccolezza e per la sua posizione nascosta nell' angolo della bocca uterina. Ad ogni modo non è provato che la comunicazione preesistesse come è inchinevole a credere il Werth o fosse invece consecutiva alla decomposizione del contenuto uterino ed all'usura della parete.

Questo capitolo di ostetricia è affatto recente ed è noto come spetti alle ricerche ed ai lavori di Kussmaul il merito di aver

dato a questo argomento una base sicura e scientifica (1). Molti casi di gravidanza in un corno rudimentario di utero bicorne erano passati inosservati anche all'esame anatomico e confusi con gravidanze tubarie. I rapporti del legamento rotondo col sacco fetale sono quelli che ci danno la chiave sicura per la diagnosi anatomica differenziale: nella gravidanza tubaria il legamento rotondo è inserito all'interno del sacco fetale, nei casi di cui parliamo è invece inserito all' esterno. Clinicamente si capisce come la diagnosi debba essere circondata da molte difficoltà. Nel caso di Salin si fece diagnosi di gravidanza extrauterina, nel caso di Litzmann-Werth la diagnosi fu di feto decomposto ritenuto nella cavità di un utero normale, e il disegno che accompagna la memoria ci spiega in modo evidente come ne dovesse originare un errore diagnostico, dal quale forse avrebbe potuto salvare l'esame per il retto se l' abnormità del caso fosse stata sospettata. Ma Litzmann operò col concetto di allontanare dall' organismo della madre in condizioni gravissime un focolaio di decomposizione, che non poteva altrimenti eliminarsi o rendere innocuo. Ciò spiega la ragione per cui casi simili si possono collocare in un lavoro che studia in modo generale l' amputazione utero-ovarica come complemento del taglio cesareo, poichè il fatto che l' utero è abnorme non modifica il concetto fondamentale dell'operazione. E questo è il primo caso in cui di essa si affacciasse questa nuova indicazione. Il caso di Koeberlé portato in campo da alcuni non è precisamente della stessa natura. In quest' ultimo caso si fece con successo la laparotomia, e si estrasse un feto da un corno uterino, ma al termine della gravidanza mancavano ancora due buoni mesi, il feto era morto da 21 mesi e convertito in litopedio, ed il sacco fetale estesamente adeso alle pareti addominali non venne esportato. Più tardi vedremo la questione d' indole generale che può sorgere del caso di Litzmann.

Il caso di Litzmann costituisce il secondo esempio di gravidanza arrivata a termine in un corno rudimentario di utero bicorne. Il primo esempio ci è dato dal Turner che scrisse uno dei migliori lavori su questo argomento dopo quello di Kussmaul (2).

---

(1) Kussmaul. *Von dem Mangel, der Verkümmerung, und Verdoppelung der Gebärmutter.* Wurzbourg 1859.

(2) William Turner. *On Malformations of the Organs of Generation. Second Series. Foetation in a rudimentary uterine Corner. Edimburgh Médical Journal*, 1866, pag. 971

Esso è il secondo dei casi da lui narrati. Essi possono così compendiarsi:

1° Caso. - *Uterus bicornis unicollis.* — Il corno sinistro rudimentario e gravido. Rottura di esso e passaggio del feto nel cavo addominale.

2° Caso. - *Uterus bicornis unicollis.* — Corno sinistro rudimentario e gravido: a termine di gravidanza s'inizia il travaglio che poi si sospende, ritenzione del feto sino alla morte della madre avvenuta sei mesi dopo per tisi.

Il Kussmaul riporta i casi di Dionis, Canestrini, Pfeffinger e Fritze, Tiedemann e Czhak, Joerg e Güntz, Drejer, Jngleby, Heyfelder, Rokitansky, Scanzoni e Behse. Turner oltre i due suoi proprii vi aggiunge quelli di Virchow, di Luschka, di Haydon, di Edwin Day. Recentemente ne comunicò uno il Kaltembach alla Società ginecologica Tedesca (V. gli Atti più volte citati), interessante per questo che la rottura era avvenuta in conseguenze di percosse del marito. In tutti i casi ad eccezione del secondo di Turner la rottura fu il fatto costante in un'epoca variabile dal 3° al 6° mese.

Un punto che ci interessa si è di studiare i modi di comunicazione del corno gravidico colla cavità cervicale. Ora in molti casi non potè essere scôrta traccia di canale nel peduncolo del corno gravidico: cito ad esempio i due di Turner e quello riferito di Salin. In quello di Litzmann è almeno dubbio che esistesse. E questa condizione impervia esisteva prima del concepimento, ovvero la comunicazione prima esistente si è obliterata nel corso della gravidanza? Dal modo con cui si risolve questo problema dipende anche il modo di concepire la via per la quale è avvenuta la fecondazione.

Kussmaul ammette che la comunicazione si obliteri nel corso della gravidanza e attribuisce il fatto all'aumento di pressione di vasi che assumono un notevole sviluppo ed alla formazione di una decidua nel canale di comunicazione. Ma il Turner ribatte ad uno ad uno gli argomenti addotti da Kussmaul e sostiene che essa non preesiste, per cui allora non si potrebbe spiegare l'impregnamento che con una trasmigrazione esterna degli spermatozoi. Ma perchè in un corno uterino così chiuso non si sviluppa un ematometra? Noi ne sappiamo assai poco intorno alle condizioni in cui avviene la menstruazione nei corni rudimentarii: in alcuni casi essa mancò indubbiamente nel corno rudimentario;

d'altra parte recentemente vennero pubblicati parecchi casi di ematometra laterale dovuti precisamente a tale causa, i quali quindi parrebbere dimostrare come in molti casi questa comunicazione non esista. Che poi l' impregnamento possa avvenire nel modo accennato oggi non è più a dubitare.

Comunque in casi analoghi a quelli di Litzmann e Salin non solo sarà giustificato il taglio cesareo, ma anche l' amputazione complementare del corno gravidico; il primo è giustificato dai pericoli e dai disturbi inerenti alla ritenzione di un feto che non ha altra via d'uscita, la seconda onde evitare la possibilità che si ripeta la gravidanza che in simili circostanze è una minaccia perenne di grave pericolo, e onde togliere ogni pericolo di un ematometra consecutivo. Non solo: l'amputazione del corno uterino sarà anche indicata dal fatto che vi possono essere punti di usura delle pareti uterine come nel caso di Litzman e di Salin, che accennano al pericolo di non lontana rottura, e che per la mancanza o per la esiguità del canale di comunicazione è impedito ogni libero deflusso del secreto uterino. E sarà poi tanto più imperiosamente richiesta quando per la decomposizione del feto si tratti di allontanare anche un focolaio settico. Quando il peduncolo del corno uterino è in condizioni anatomiche favorevoli come nel caso di Salin, si potrà sul suo esempio affondarlo più liberamente di quello che non si possa coll'utero normale.

Dobbiamo ora ricordare quanto dicemmo dapprima che l' indicazione nel caso di Litzmann non venne in realtà fornita dall'abnormità dell'utero, passata inosservata, *ma dalla ritenzione di un feto decomposto a termine, lungo tempo dopo trascorso il termine della gravidanza.* Era quindi naturale che il Werth illustrando tale caso si dimandasse se il dominio delle indicazioni dell' operazione Porro non potesse estendersi anche a quei casi di *missed labour* o parto pretermesso, nei quali il processo di decomposizione endouterino minaccia colla sua azione deleteria l'organismo materno, mentre, essendo ancora trattenuta la maggior parte della parte fetale, non è prossima una spontanea terminazione del processo di eliminazione e lo svuotamento per le vie naturali lo si ritiene o impossibile o più pericoloso.

Messa la questione in questi termini non mi pare che si possa esitare ad accogliere tale indicazione.

E. — Dodici anni or sono la memoria di Chantreuil poteva considerarsi come rappresentante lo stato della scienza nostra

riguardo alla complicanza del cancro uterino collo stato di maternità. Egli riporta un quadro statistico dal quale risulta che di 60 donne, 25 morirono durante il travaglio o nel puerperio, mentre dei bambini 29 nacquero vivi, 28 morti; degli altri 3 non è indicata la sorte (1). In un lavoro di Cohnstein che abbraccia un maggior numero di casi, ci è presentata la prognosi in modo ancor più fosco, poichè di 126 madri, 72 perirono nel parto o nel puerperio (mortalità del 57,1 %) e di 116 bambini nacquero morti 74 (mortalità 63,8 %) (2). Ciò dimostra non solo quanto tale complicanza fosse micidiale per la madre, ma anche quanto lo fosse e più per i bambini, quantunque fosse naturale che in ogni tempo, data una complicanza necessariamente mortale per la madre, gli ostetrici mirassero specialmente a tutelare la vita del bambino. E questa fu l'opinione dei più per quanto non mancassero in tale periodo anche gli esempi di craniotomia a feto vivo: mezzi diretti contro la complicanza stessa, che mirassero a migliorare la prognosi per la madre e anche quella del feto togliendo l' ostacolo al parto non furono applicati che in scarsa misura ed è a stento che qua e là si trova qualche esempio di demolizione del neoplasma all'atto stesso del travaglio. Un passo avanti era già segnato dal lavoro di Cohnstein il quale dalle sue ricerche traeva la conclusione che in determinati casi era preferibile l' escisione del tumore scegliendo come tempo più appropriato la fine della gravidanza. Nei sei casi riportati si ebbero cinque bambini vivi; in cinque l'operazione si fece all' inizio del travaglio, in uno spettante a Todd il labbro posteriore degenerato venne amputato nel 2º mese di gravidanza, questa andò a termine e si ebbe un parto normale. L' esempio di Todd venne seguito da Godson, da Benicke (3), da Schroeder, ed in un lavoro del secondo troviamo appunto otto casi a loro spettanti, operati nel corso della gravidanza; tutte le donne furono salve, cinque bambini nacquero vivi. È vero che negli altri tre casi si ebbe l' aborto, ma è a ricordarsi però che su 120 casi osservati dal Dott. Lewer al Guy's Hospital si ebbe l'aborto in 40. È a ricordarsi anche che nel corso della gravidanza le perdite sanguigne od icorose possono richie-

---

(1) Chantreuil. *Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement.* Paris, 1872.

(2) *Archiv f. Gynaek.* Bd. 5.

(3) *Fritz Benicke-Beitrag zur Behandlung des Gebärmutterkrebses bei Schwangeren. Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynaek.* 1 Bd. 2 H.

dere ad ogni modo il nostro intervento a lenire le sofferenze della paziente e a diminuire i pericoli che la minacciano. Del resto si comprende come sia questa una questione subordinata a molte circostanze, che qui non posso neppure tratteggiare. Farebbe opera utile alla letteratura ostetrica chi raccogliesse e coordinasse il materiale accumulato in questi ultimi anni. Il mio compito è molto più ristretto e deve limitarsi a considerare il cancro uterino come indicazione di taglio cesareo e subordinatamente dell' amputazione utero-ovarica, di cui riportai due casi infausti (osserv. CXII^a-CXIX^a), nel corso del lavoro. Ma prima devo accennare ad alcuni casi, i quali affrontano arditamente il quesito se in determinate circostanze non convenga trasportare dal campo ginecologico a quello ostetrico la cura con intendimenti radicali cioè l'esportazione totale dell'utero canceroso.

Il Bischoff di Basilea nel dicembre 1879 rimosse un utero la cui cervice cancerosa era un assoluto ostacolo alla liberazione. Trattavasi di una donna d'anni 41, madre di sette figli e nella 34^a settimana di gravidanza. Il canale cervicale era circondato e involto da masse carcinomatose cosichè la sezione cesarea seguita dall'amputazione utero-ovarica sopra-vaginale avrebbe lasciato in sede la massa cancerosa. Il bambino fu estratto vivo. Tanto il taglio cesareo quanto l'operazione di Freund furono accompagnati da notevole emorragia. L'esito fu infausto: l'autopsia mostrò come fosse stato legato l'uretere di sinistra.

Il caso di Bischoff passò inosservato ai più: levò invece grande rumore il caso di Spencer Wells e per la fama dell' operatore e per l' esito fortunato (1). Ne riporterò l' osservazione per sommi capi.

VIIpara, d'anni 37, maritata nel 1872, aveva avuto cinque figli, l' ultimo dei quali aveva 16 mesi; dopo ebbe ancora un aborto di sei settimane il 1° dicembre 1880. L'ultima gravidanza era arrivata alla fine del 6° mese ed è qui inutile che svolga le fasi della malattia; fu vista prima da Playfair e poi da Graily Hewitt e si decise di rimuovere l' intiero utero. L' operazione venne praticata il 22 ottobre 1881. Anestesia col bicloruro di metilene, spray carbolico, catetere

(1) Thomas Spencer Wells. *Case of excision of a gravid uterus with epithelioma of the cervix with remarks on the operation of Blundell, Freund and Porro.* (*Medico Chirurgical Transaction.* Vol. 65).

elastico in vescica, vagina riempita con cotone antisettico. Incisione di otto pollici da due pollici al disopra del bellico a sei al disotto Sgusciato l'utero integro, si mettono quattro suture a chiudere temporaneamente la parte superiore della ferita addominale. Con forte seta strinse i legamenti larghi a destra ed a sinistra trafiggendoli al disotto di ciascun ovaio ed assicurando così le arterie spermatiche. Dopo, avendo per guida il catetere, distaccò la vescica dalla superficie anteriore dell'utero: le pareti uterine erano molto sottili ed avendole lese collo scalpello ne protruse la borsa amniotica: venne punta e si estrasse il feto, lasciando la placenta e legando il funicolo. Si procedette poscia al distacco dell' utero tutto all'ingiro collocando mano mano delle pinzette emostatiche sui punti sanguinanti che vennero poscia legati con seta carbolica. Levato il tampone vaginale, la breccia vaginale venne chiusa con sutura di seta, introdottivi prima gli estremi dei legamenti larghi. L'atto operativo durò un'ora.

In 9ª giornata, attraverso la ferita riapertasi per la recisione spontanea delle anse inferiori, si vedevano le anse intestinali aderenti. Thornton, che vide la paziente per Spencer Wells, separò le anse aderenti e ricucì le pareti addominali. Il vomito sino allora molto infesto cessò.

Lo Spencer Wells aggiunge alla esposizione del caso molte assennate considerazioni sul processo operativo; ne riassumo le principali. Sarebbe di grande utilità un apparecchio che illuminasse la profondità della pelvi: un pessario ad anello ovvero sul genere di quello di Zwanck farebbe meglio il suo ufficio che non il tampone di cotone, essendo questo troppo molle per servire di guida per la separazione dell' utero dalla vagina: basterebbe una più breve incisione quando si evacuasse il liquido amniotico per la vagina o attraverso l'utero appena incise le pareti addominali: legate le arterie spermatiche non crede necessarie altre legature preventive come sono praticate da Freund, che egli crede pericolose per gli ureteri, e crede miglior partito servirsi delle pinze per la emostasia.

Nel caso di Billroth l' utero estirpato non era che gravido di 4 mesi, e così lo riferisce egli stesso in una lettera a Spencer Wells che questi pubblica nel suo lavoro e che io riferisco per quella parte che ci interessa. La lettera è in data 18 novembre 1881: « Il vostro caso Freund-Porro mi ha interessato moltissimo « perchè un caso simile mi occorse tre mesi or sono. Una donna

« robusta di 37 anni circa, gravida di 4 settimane, aveva un
« carcinoma esteso della intiera cervice e di parte della vagina.
« L'intiero utero fu esportato per la via vaginale. Emorragia
« considerevole, guarigione rapida. Sfortunatamente fu necessario
« portar via parte della vescica lasciando un buco nella vagina
« ed un altro gigantesco nel peritoneo. Io li riempii entrambi
« con tamponi di garza al iodoformio, vi furono lasciati otto giorni
« e quindi rimossi. Nessun fenomeno di sepsi. Rimane a curare
« la fistola vescicale.

A completare lo studio di questo argomento riassumerò anche l'interessante osservazione di Chiarleoni (1).

VIIpara, di 33 anni, sarta, nulla di ereditario rispetto ad affezioni cancerose, retrazione della gamba destra per estese scottature in giovane età. Nel marzo 1878 venne visitata dal Dott. Chiarleoni per scolo sanguigno dovuto ad epitelioma del collo e lo si frenò con tamponi emostatici, ergotina, ecc. Alla metà del giugno 1879 la vide di nuovo: era gravida nel 7° mese, pallida, anemica e sul collo trovavasi una massa vegetante sanguinante al minimo contatto. Si lascia progredire la gravidanza. La donna si rimette alquanto, ma il 25 agosto, tre giorni prima del parto è colta da emorragia notevole che la prostra in modo straordinario. Il 28 agosto s'inizia il travaglio, la mattina del 29 la dilatazione era di 2-3 ctm., il feto morto. Perforazione della volta, il cranioclaste Braun applicato due volte riesce impotente, l'uncino acuto estrae il feto portando seco una parte del tumore. Secondamento artificiale: tentativi di rovesciamento manuale che riescono infruttuosi, mentre ottengono poi lo scopo le pinzette di Muyzeux e l'uncino acuto. Un'ansa di filo di ferro passata nel serranodi di Cintrat stringe il peduncolo vaginale che viene reciso dall'ansa, dimodochè la cavità peritoneale viene a comunicare largamente coll'esterno. Uscita di un fiotto di liquido ascitico tinto di sangue, non emorragia. Avendo le anse intestinali tendenza e farsi strada all'esterno vengono mantenute ridotte con un pessario Gariel. Durata dell'operazione 30′, collasso profondo da cui la donna viene tolta mediante applicazioni calde, etere, marsala. Morte in 3ª giornata: il peritoneo si mostra pallido all'autopsia, enorme meteorismo, poche goccie di liquido fetente nel bacino, siero torbido cinerognolo (30 grammi), alla regione epicolica sinistra.

---

(1) Antonietti Edoardo. *Embriotomia seguita dalla estirpazione totale dell'utero, previo arrovesciamento.* (*Gazzetta medica italiana.* Lombardia, 1879).

Ognuno vede quali e quante nuove vie si sieno aperte all'ostetrico in questi ultimi anni nel campo di questa complicanza. Giova seguirle e giova seguirle tutte quante? Ripeto come di fronte ad una complicanza quasi certamente fatale e prossimamente fatale per la madre, alla vita del feto debba essere rivolta specialmente la nostra attenzione. Due spedienti comincio io quindi a ripudiare in via assoluta, la provocazione al parto, prima della vitalità del feto, l'embriotomia a feto vivo quando il feto sia vitabile. E neppure posso dissimulare la mia avversione per il parto prematuro. La sua provocazione, in causa della massa cancerosa che ingombra il campo operativo, può presentare difficoltà, creare pericoli, e poichè l'ostacolo del parto è dato piuttosto dall'induramento e dalla infiltrazione neoplastica del collo che si oppongono alla sua scomparsa ed alla sua dilatazione, non si comprendono i vantaggi che possono aversi dalla diminuzione di volume del mobile che deve attraversare le parti, quando sia poi necessario ricorrere egualmente allo sbrigliamento del collo. Quanto alla questione, se liberata la donna coll'embriotomia a feto morto, si debba liberarla dal male mediante l'arrovesciamento totale del viscere e sua ablazione io ancora oggidì non posso dichiararmi favorevole a questo processo operativo, o almeno non posso considerarlo che come processo eccezionale. Esso è circondato da troppe incertezze per costituire un metodo operativo nettamente tracciato da norme sicure e che dieno sufficiente garanzia di compierlo *metodicamente*. Incerto l'arrovesciamento uterino, incerto il grado di esso che si potrà ottenere, incerto che non si producano lesioni di altri organi in modo diretto od indiretto, incerta l'emostasi, incerta l'ablazione totale del neoplasma. Nella grande maggioranza dei casi la grande preoccupazione del pratico sarà dunque di avere un bambino vivo e più prossimo al termine che sia possibile. Ma sarà per questo nel corso della gravidanza tolta ogni possibilità al pratico di combattere l'irrompere del morbo devastatore, di lenirne le sofferenze, di fugare alcuni sintomi minacciosi? I risultati ottenuti da Schroeder sono abbastanza incoraggianti perchè l'ostetrico in determinati casi possa uscire da una accidiosa aspettativa e demolire parzialmente o totalmente la massa neoplastica quando non abbia varcati certi confini, oltrepassando i quali, noi siamo certi di interrompere la gravidanza. Anche il Péan così scrive: avec les tumeurs cancéreuses, est-il besoin de le dire, la situation est toujours de-

plorable. Temporiser, c'est vouer à peu près sûrement les malades à des pertes répétées, à une généralisation de l'affection à une grande partie de l'utérus, généralisation qui se fait d'une façon extrêmement rapide dans ces tisus exceptionellement vasculaires; c'est en outre, exposer la malade à un cas des plus embarassants et des plus graves de dystocie. Pour tous ces motives, nous croyons que les tumeurs cancereuses qui affectent le col de l'utérus pendant la grossesse doivent être enlevées, si elles sont reconnues, dès les premiers mois de celle-ci (1). Ma riconosciuta una gravidanza di due, tre mesi in una donna affetta da carcinoma uterino contenuto ancora entro tali limiti da permettere la esportazione totale del viscere incidendo su parti sane, ma non la parziale del collo, sarà permesso seguire l'esempio di Billroth? È un fatto che ogniqualvolta i chirurghi hanno invaso il campo ostetrico sono stati molto più recisi di noi e non si sono soffermati troppo a discutere tutte le questioni deontologiche che noi ostetrici con tanta sottigliezza siamo soliti a sollevare. Ed anche il problema che mi son posto è irto di tali questioni. Seguendo l'esempio di Billroth sacrificbiamo il feto e sottoponiamo la madre ad una operazione grave, che presenta bensì un numero discreto di probabilità di guarigione ma che lascia lo spettro della recidiva. E non operando noi possiamo lasciar trascorrere un tempo prezioso e con esso la possibilità dell' operare in un caso nel quale d' altronde sono numerose le probabilità di aborto spontaneo. Ma anche in questi casi non si può essere assoluti, e dovrà il ginecologo trarre partito dalle circostanze speciali del caso.

Dove mi pare che non vi possa essere dubbio si è che a feto ostetricamente vitabile il taglio cesareo deva avere la preferenza ogni qualvolta non si abbia una fondatissima speranza di estrarre un fete vivo per le vie naturali. Ma come dovremo comportarci dopo il taglio cesareo, dovremo noi suturare la ferita o fare l'amputazione sopra-vaginale dell'utero od esportarlo in totalità? Due casi si possono presentare. Non esistono, ovvero esistono le condizioni per cui l'utero canceroso si giudica asportabile in totalità colla speranza di non lasciare elementi di certa recidiva. Nel

---

(1) Péan. *De l'ablation des tumeurs du ventre considérée dans ses rapports avec la menstruation, les appétits vénériens, la fécondation, l'état de grossesse et l'accouchement.* (*Archives de tocologie.* Juin 1880).

primo caso il taglio cesareo, nella mia convinzione, dovrebbe essere seguito come nei due casi riportati nel Capitolo II dall'amputazione sopravaginale (1). Perchè si abbia una guarigione per prima intenzione della ferita uterina col metodo di Sänger, a mio avviso si richiedono: il libero deflusso dei secreti uterini ed un decorso asettico. Ora come è possibile che ciò avvenga con un focolaio icoroso nella cervice che serve anche di ostacolo meccanico al deflusso dei lochi? Nel secondo caso io condivido le idee del De-Cristoforis e non esiterei un istante a seguire la via così luminosamente tracciata dallo Spencer Wells, tenendo presenti le sue norme operative. Si aumentano, è vero, i rischi immediati ma si lascia almeno adito alla speranza, che, ottenuta la guarigione anche se non permanente, possa rimanere alla paziente qualche tempo libero da sofferenze. Del resto si entra nella questione generale se un tumore maligno debba o non debba esportarsi ed io non voglio menomamente entrarvi. Il Billroth nella lettera già citata allo Spencer Wells, dopo aver esposto un altro caso di guarigione di esportazione di utero canceroso per la via vaginale, dopo avere accennato che in entrambi già aveva osservato la recidiva così finisce. *Was nutzt da all'unsere Mühe und Kunst?* A che cosa serve tutta la nostra fatica ed arte? E lo Spencer Wells di rimando: *May we not hopefully reply that, if not invoked too late success may reward our pains and our art.* Non possiamo noi replicare pieni di speranza, che il successo può ricompensare le nostre fatiche e la nostra arte se non invocata troppo tardi. E io pure mi metto fra coloro che non si sconfortano nei rovesci ma si accendono di nuovi entusiasmi in questa lotta titanica dell'arte.

---

(1) Ai due casi di Pritzl e di Galabin se ne aggiunse recentemente un 3° operato dal Prof. Cuzzi, che me ne diede notizia in una lettera del 17 febbraio. Trattavasi di una signora affetta da cancro del collo e del segmento inferiore, che formava nodi e protuberanze durissime e che non avevano permesso il minimo grado di dilatazione dopo tre giorni di travaglio, dando luogo invece ad emorragie profusissime che avevano indotto un grado pronunciatissimo di anemia. Per l'estensione del male non era a pensare ad operazioni radicali. Col taglio cesareo venne estratto un bambino vivo ed a quello fu fatta seguire l'amputazione utero-ovarica. L'operazione venne praticata in condizioni gravissime: il polso era a 140° ed eranvi i fenomeni di peritonite incipiente. Fu collocato un tubo di drenaggio e per esso si fecero lavature frequenti. Morte in 6ª giornata, per setticemia lieve prodotta, pare, dalla mortificazione delle grosse masse cancerose utero-vaginali meno nutrite dopo l'atto operativo.

F. — I fibromi uterini colla loro presenza, oltrechè nel caso di Storer, indicarono l'amputazione cesarea utero-ovarica altre sei volte. In un caso solo, in quello di Zweifel (osserv. 63ª) il peduncolo venne affondato, negli altri venne assicurato all'esterno, e si ebbe la ragguardevole mortalità complessiva del 71,42 %, essendosi avuta la guarigione soltanto nei casi di Cataliotti (osserv. 69ª) e di Fochier (osserv. 114ª). Il Sänger il quale ha fatto sui fibromi uterini in rapporto col taglio cesareo un diligente ed importante lavoro pubblicato nel 1882 raccolse dalla letteratura ostetrica dal 1833 al luglio 1881 43 casi, nei quali si ebbero soltanto sette guarigioni e quindi una mortalità complessiva del 83,7 %. Analizzando il proprio quadro statistico egli trovava come la mortalità nei quattro casi (Storer-Tarnier-Zweifel-Agnew) in cui si era amputato l'utero fosse del 100 %. Divideva poi i casi in due gruppi secondochè i casi erano stati operati prima o dopo il 1876:

Fino al 1876 furono operati 34 casi con 3 guarigioni. Mortalità 91,2 %.

Dal 1876 in avanti furono operati 8 casi con 4 guarigioni. Mortalità 50 %.

Ora di questi ultimi otto casi 3 sarebbero stati operati col metodo Porro colla mortalità del 100 %, mentre le quattro guarigioni ottenute spettavano ai cinque casi operati col vecchio metodo, con una mortalità quindi del 20 %. Quali conseguenze ne tragga il Sänger da questa statistica è facile imaginarsi. Io però, anche di fronte a questi dati statistici non posso acconsentire all'idea che in caso di fibromi uterini il taglio cesareo classico comunque modificato debba avere e sempre la preferenza, ed il metodo Porro od altri più radicali debbano essere senz'altro messi al bando. Nella statistica di Sänger non figura il caso favorevole di Cataliotti il quale era stato operato nel 1880, ed a quelli seguirono poi due altri uno fatale di Prochownick, l'altro favorevole di Fochier per cui la mortalità dal 100 % discende come abbiamo detto al 71,42 %. Il numero di casi è ancora troppo esiguo per concedere affermazioni recise: ma che la mortalità diminuisca o cresca non dipenderà soltanto dal valore intrinseco dei metodi operativi, ma dalla natura dei casi. È noto infatti quale immensa varietà di casi ci si possa presentare nel campo

operativo quando si tratti di fibromi uterini, ed è nota pure la varietà di spedienti e di processi a cui deve sapersi ispirare una tecnica operativa sapiente onde trarsi d'imbarazzo, e non chiudere il ventre ad ogni difficoltà che ci si para innanzi. E pare, almeno a me, che a tale varietà non abbiano saputo ispirarsi abbastanza gli operatori col metodo Porro, occupati soltanto dall' idea semplice, troppo semplice, perchè possa essere applicata in ogni caso di fibromi uterini, di applicare un laccio sulla zona cervicale ed amputare quanto sta al disopra di esso. Ed anche nel campo ginecologico quanti operatori si saranno limitati a fare una laparotomia, perchè convinti forse che ogni miomotomia addominale dovesse essere un'amputazione sopra-vaginale col metodo di Péan, ne desistevano ogni qualvolta non trovavano le condizioni favorevoli per la formazione di un peduncolo. Ma ritornando al nostro argomento si deve comprendere benissimo perchè il taglio cesareo classico abbia dato e possa continuare a dare risultati migliori che non il metodo Porro. Quali sono infatti i casi in cui più di frequente ci verrà data dai fibromi uterini l' indicazione del taglio cesareo? Quelli in cui fibromi, sviluppatisi lateralmente, dispiegano i legamenti larghi formandosene un tetto e si sviluppano profondamente nel cellulare pelvico, e quegli altri in cui voluminosi fibromi interstiziali sviluppatisi nel segmento inferiore uterino si spingono in basso protrudendo nello scavo e limitandone lo spazio utile, qualche volta anche in alto invadendo quasi un'intiera parete uterina. E quali sono in ginecologia i casi che si presentano circondati da maggiori difficoltà, da maggiori pericoli? Precisamente quelli or ora indicati, nei quali anzi molti operatori potranno trovare delle controindicazioni formali. Ma ne conseguirà per questo che il metodo Porro debba essere bandito dalla pratica del taglio cesareo in una serie intiera di indicazioni? Evidentemente no. Bisogna ora , come avrebbe bisognato in passato, come bisognerà in avvenire distinguere diligentemente caso da caso. In un mio lavoro pubblicato alcuni anni or sono, sui fibromi uterini in rapporto colla gravidanza , col parto e col puerperio (1) riassumevo le mie ricerche in 10 conclusioni di cui mi piace riportare le tre ultime.

8.ª Durante il travaglio si dovrà tentare l' enucleazione (per

---

(1) Mangiagalli. *Annali Universali di Medicina.* Anno 1878.

la via vaginale) ogni qualvolta questa non si ritenga circondata da gravissime difficoltà e specialmente quando si opini essere necessaria un' operazione embriotomica. Essa potrà applicarsi specialmente nei casi di fibromi interstiziali che invadono la cervice e di fibromi sottomucosi sessili o fattisi peduncolati che precedono la parte presentata.

9.ª Il taglio cesareo ha qui più vasto campo di applicazione che non nei vizii pelvici, inquantochè da una parte esso ci porge l'opportunità di allontanare il tumore od i tumori facendo ad esso seguire l'amputazione utero-ovarica, e dall'altra il pronostico della cefalotrissia è straordinariamente aggravato dalla presenza del tumore.

10.ª Nello stato puerperale converrà fare l' esportazione del tumore ogni qualvolta la sua ubicazione e le circostanze ci permettano di compierla per le vie naturali e tentarla sempre quando insorgono accidenti minacciosi dovuti alla presenza del tumore; e nel caso che questo non fosse allontanabile per le vie naturali, si potrebbe seguire l'esempio di Hegar, praticare cioè l' esportazione dell'utero puerperale.

I miei convincimenti, mutatis mutandis, sono ancora sostanzialmente gli stessi. Così mi sono fatto ogni giorno più convinto, che l'enucleazione per la vagina possa in molti casi evitare il taglio cesareo. È interessante ed istruttivo un caso di Schroeder comunicatoci recentemente da Lomer (1). Una donna d' anni 36 con un fibroma del labbro anteriore della grandezza di una testa da bambino era stata inviata a Schroeder per la provocazione dell'aborto nel 3° mese di gravidanza. Schroeder attese il termine, snucleò un tumore di 16 ctm. di lunghezza per 12 di larghezza, previa spaccatura della capsula, e due giorni più tardi ne seguì un parto spontaneo di feto vivo. Che in alcuni casi poi possa essere giustificata l' amputazione sopra-vaginale dell' utero, anche fatta astrazione dalla gravidanza, e ne' suoi primordii, pei sintomi gravi indotti dal tumore o dai tumori, come fecero Wasseige, Kaltembach, Knowsley Thornton, Savage, Nieberding, ecc., non è a dubitarne. Ed anche dovremo aver presente lo splendido risultato ottenuto da Schroeder nella miomotomia addominale nel corso della gravidanza senza che questa venisse interrotta nel suo decorso (2).

---

(1) Lomer. *Ueber die Enucleation der Myome Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynaek.* IX Bd. 2 H.

(2) Schroeder. *Die Laparotomie in der Schwangerschaft. Zeitsch. f. Geburts und Gynaek.* V Bd. 2 H.

E venendo al taglio cesareo bisognerà distinguere se è possibile e facile la formazione di un peduncolo ovvero no. Quando la cervice è atta a formare il peduncolo per l'amputazione sopravaginale si vorrà forse lasciare le masse neoplastiche situate al disopra e limitarsi al taglio cesareo? Certamente no e noi dovremo completare il taglio cesareo con quel medesimo atto operativo che si sarebbe forse fatto indipendentemente dalla gravidanza. Ed in questa condizione di cose non c'è evidentemente alcuna ragione perchè la mortalità del metodo Porro deva essere superiore alla sua mortalità generale ed abbiamo il vantaggio di liberare ad un tempo la donna da' suoi tumori. Ma non sempre ci si presenteranno condizioni operative così favorevoli: è a presumersi, anzi come ho accennato più sopra, che ben di frequente non sarà facile o non sarà possibile la formazione di un peduncolo, il quale corrisponda a queste due condizioni, di essere situato al disotto della massa neoplastica, onde permettere anche l'esportazione di questa, di poter essere fissato all'angolo inferiore della ferita addominale, e allora converrà in molti casi deviare dal piano operativo sul quale s'informa il metodo Porro.

Nei casi di Tarnier (27ª), di Zweifel (13ª), di Fochier (114ª), il tumore fibroso si opponeva precisamente al *peduncolamento* dell'utero: nel primo si svuotò il tumore ed il peduncolo venne formato in parte dal guscio del tumore, nel secondo il peduncolo si affondò previa escisione di un pezzo cuneiforme, nel terzo il laccio costrittore si pose al disopra del tumore lasciando questo in sede. È evidente non si possano stabilire norme per ogni singolo caso. L'ostetrico, estratto il bambino, diventa ginecologo, e deve comportarsi a norma delle circostanze; la sutura della ferita uterina senza preoccuparsi d'altro può in certi casi condurre a risultati immediati migliori, ma non sempre sarà possibile inquantochè il taglio può cadere sopra coinvoluti di tumori fibrosi e ad ogni modo perdiamo di vista i risultati lontani, poichè è precisamente nei tumori che presentano le particolarità accennate che il più delle volte entrano in scena fenomeni così gravi da indurre anche ai più disperati spedienti. È mio avviso quindi che non solo l'ostetrico debba preoccuparsi di salvare il bambino ma eziandio ricordarsi di tutti i processi operativi che si propongono di allontanare il tumore. Certo in molti casi bisognerà rinunciare al trattamento extraperitoneale, in alcuni converrà incidere il rivestimento sieroso dei legamenti larghi onde snoccio-

lare i tumori che stanno annidati al disotto, in altri praticare l'esportazione totale come fece ripetutamente e con buon successo il Bardenheuer. L'ostetrico il quale possiederà tutta la serie degli accorgimenti operativi svariatissimi, che possono applicarsi in questo od in quel caso, più avrà probabilità di trionfare anche in casi difficilissimi E neppure in modo approssimativo è possibile l'additarli tutti. Si veda per esempio ciò che ha fatto recentemente il Küster: un tumore di durezza lapidea occupava quasi tutta la pelvi e si estendeva per 4 dita trasverse al disopra della sinfisi, trasformando per così dire tutto quanto l'utero in una massa fibrosa, i processi ordinarii erano inapplicabili: egli circoncide la sierosa che lo riveste, e con trazioni continuate ne sguscia il tumore dalla sua nicchia profonda in modo che non resti aderente che per un breve e piccolo peduncolo facile a trattarsi. Dal fondo della borsa rimasta per lo sgusciamento del tumore sgorga sangue in abbondanza, ne pratica il tamponamento con garza iodoformica e cucisce l'orlo di detta borsa colla ferita addominale e la paziente guarisce (1). In alcuni rari casi potremo ricordarci dell'avventuroso successo di Martin, il quale in un caso di fibroma sottomucoso della parete posteriore, volendo conservare l'utero, incide la parete anteriore, incide la mucosa che ricopre il tumore, lo snuclea, ricuce le due ferite e la paziente guarisce (2). Ma è inutile che io continui in questa enumerazione di espedienti ingegnosi, essa sarebbe lunga a farsi ed a me basta l'insistere sul dovere che ha l'ostetrico in simili casi di conoscerli onde sapersi trarre d'imbarazzo. Che se proprio non si vedesse via di uscita e l'ablazione del tumore o dei tumori la si considerasse come impresa al tutto disperata, suturata convenientemente la ferita uterina, praticheremo la castrazione onde ottenere poi la involuzione dei fibromi. Che nel caso di Fochier si sia avuto la regressione del tumore non è a meravigliarsi poichè coll'amputazione sopra-neoplastica dell'utero si sono esportate ovaie e trombe e col conseguente strozzamento di molti vasi si sono inaridite ragguardevoli fonti di nutrizione. Ed in alcuni casi si potrà imitarne l'esempio, quando la incisione uterina fosse

---

(1) Küster. *Ueber eine besondere Methode der Laparo-Myomotomie. (Centralblatt f. Gynaek.* N. 1, 1884).

(2) Burckhardt. *Beitrag zur Therapie de Uterus-Fibromyome.* (*Separat abdruck aus der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.* N. 27, 1880).

stracciata all' uscita del feto, quando cadesse sopra convoluti di piccoli tumori situati al disopra della massa neoplastica principale, quando questa non invadesse il corpo uterino, quando come nel caso di Tarnier non fosse già in preda a rammollimento icoroso.

G. — Abbiamo così completato lo studio delle indicazioni del taglio cesareo rare a presentarsi, e con esso abbiamo anche epurato la statistica del metodo Porro di alcuni casi sfavorevoli. Restano a prendersi in esame i casi numerosi in cui la indicazione venne offerta dalla stenosi pelvica. Tali casi sommano a 123; ma togliendo da questi undici casi in cui il moncone venne affondato, abbiamo 112 osservazioni di taglio cesareo col metodo Porro con o senza la modificazione di Müller, e poichè esse ci danno 61 donne morte e 51 salve, si viene ad avere per la stenosi pelvica una mortalità del 54,46 %. Diverse vie mi si presentavano per vagliare queste osservazioni, onde vedere quali casi si presentassero in condizioni sfavorevoli e quali in condizioni favorevoli. Potevo dividerle in diverse classi cioè, secondo la durata del travaglio, la precedenza di altri atti operativi, la presenza di sintomi di setticemia ecc., ma dovetti bentosto convincermi come divise in tal modo secondo molteplici criterii i risultati non sarebbero stata l' espressione sincera del valore clinico dell' atto operativo. La durata del travaglio? Ma non era possibile precisarla in tutti i casi; e poi, come valutare l' importanza e l'influenza del periodo prodromico e del periodo dilatante? Come valutare la stessa durata del travaglio sulla base delle affermazioni della paziente? In quanti casi, per esempio, è scritto che la donna era in travaglio da molto tempo mentre il collo era appena scomparso, le membrane integre, l' orificio uterino non dilatato! E questi casi si dovrebbero forse porre in una classe speciale perchè nella osservazione il travaglio antecedente si indica come durato un certo numero di ore? E dei casi in cui erano già incoati sintomi di setticemia o antecedentemente erano stati praticati infruttuosamente atti operativi, non tutti ebbero esito infausto, parecchi anzi furono coronati da esito felice e dimostrarono così per altra via il valore intrinseco del metodo operativo. Alcuni casi poi, autentici certamente, ci sono sconosciuti nei loro particolari. E per questo dovremo, per questa unica ragione, farne una categoria a parte ad imitazione di Lewy? A furia di analisi si correrebbe il rischio di smarrire ogni possibilità di giungere

ad una sintesi. Io mi sono provato e riprovato a dividere diversamente le osservazioni accennate a norma di determinate circostanze, e poi mi sono convinto della inanità di tali sforzi e della loro inutilità. Ma pure alcuni casi ci sono, dalla cui lettura risulta, non per questo o per quel motivo, ma per un cumulo di circostanze, che si operasse in condizioni sfavorevolissime se non disperate come non mancano i casi (informi per es. quello di Kehrer) in cui malgrado ciò si ebbe, contro ogni aspettazione un esito favorevole. Ognuno vede quindi anche la facilità di cadere nell' arbitrario. Queste incertezze e queste difficoltà di una conscienziosa epurazione io credo di esprimerle, non allontanandomi dal vero, coll'affermare che nei casi di stenosi pelvica la mortalità del metodo Porro, e Porro-Müller nello stato attuale oscilla da 50 al 55 %, di cui la seconda cifra sarebbe l' esponente della mortalità brutta, la prima l'esponente della mortalità di una statistica epurata, e credo che entro tali limiti possano essere comprese anche le oscillazioni apportate ai risultati statistici o da qualche caso che io possa avere omesso o da qualche altro pubblicato quando questo lavoro era già al suo termine (1). Le osservazioni stanno ad ogni modo dinnanzi al lettore, e ognuno può risolvere tale questione per conto proprio.

Che se noi poi prendiamo per punto di partenza dei nostri raffronti la mortalità del 54,40 %, che noi abbiamo indicata come spettante al metodo Porro per le deformità pelviche, oppure anche quella complessiva del 56,80 % che si riferisce a tutte quante le indicazioni offertesi, noi abbiamo sempre un guadagno sulla statistica favorevole del taglio cesareo classico, che ha raccolto l'Harris (l. c.) per gli Stati Uniti, nella quale la mortalità complessiva sarebbe del 58 %. Difatti sopra 120 casi si hanno ivi 50 guarigioni. Ma un fatto importante è ad osservarsi nella statistica di Harris: nei 65 casi riportati dai giornali medici figurano 35 guarigioni con una mortalità del 46,15 %, mentre invece nei 55 casi, di cui ebbe notizie per corrispondenza, di guarigioni non ne figurano che 15, il che darebbe la mortalità del 72,72 %. Qual prova più perentoria che un gran numero di casi sfavore-

---

(1) Fehling comunicò recentemente *(Centralblatt f. Gynaek,*, N. 2, 1884*)*, il suo quarto caso che ebbe esito favorevole, benchè si operasse dopochè erano preceduti tentativi di rivolgimento e ci fosse una lacerazione vaginale ed un ematoma vulvare. Così Fehling sopra 4 operazioni ebbe tre guarigioni.

voli sfugge alla pubblicità? Qual prova più evidente che noi non possiamo portare in campo per il taglio cesareo classico le statistiche formate dai casi pubblicati! E l'Harris malgrado la sua minuziosa diligenza di cui ha dato le prove, sarà riuscito in un paese così vasto a raccogliere tutti i documenti che risguardano tale questione? È lecito dubitarne. Prescindiamo pure dalle statistiche dei grandi spedali e delle grandi maternità, in cui la guarigione del taglio cesareo era un evento rarissimo a verificarsi, ma volgiamo invece lo sguardo a quei paesi in cui per ordinamento speciale di istituzioni sanitarie nessun caso poteva sottrarsi alla conoscenza delle autorità competenti. Fra essi noi abbiamo il Württemberg, l'Ex-Elettorato di Assia, il granducato di Baden. Per il primo Fries raccolse 13 casi e solo una donna sopravisse. Nell'Assia era obbligatorio per i medici il rapporto di ogni operazione ostetrica e il Dohrn il quale utilizzò i rapporti dal 1852 al 1866 raccolse 10 casi di taglio cesareo tra cui 9 con esito infausto. In Nassau come risulta dai rapporti di Thewald e di Franque, dal 1821 al 1859 fu praticata la sezione cesarea sulla donna vivente 22 volte, fra cui 5 soltanto con esito felice. Sommando quindi queste cifre noi abbiamo 45 casi con 38 morti, il che ci dà una mortalità dell'84,44 %. Tenuto quindi calcolo di queste considerazioni non può considerarsi come di poco momento il miglioramento che il metodo Porro apportò alla prognosi del taglio cesareo classico. Questo miglioramento poi giganteggia quando si considerino le statistiche individuali. Fra quelle spettanti al taglio cesareo classico, che più di frequente si citano e per numero di casi e per i risultati avuti, havvi quella di Ludwig Winckel senior, il quale sopra 15 casi di taglio cesareo ebbe sei guarigioni, e quindi una mortalità procentuale del sessanta. Quanto differenti i risultati di alcune statistiche del metodo Porro spettanti a singoli operatori o agli stessi istituti! Il Breisky ha quattro guarigioni su quattro operate, il Fehling parimenti su quattro ne ha tre, il Porro su cinque ne ha quattro, il Chiara co'suoi due assistenti di allora, Mangiagalli e Negri, conta, nello stesso istituto, otto casi con sei guarigioni consecutive, il Braun (Carlo) su undici (si prescinde dal caso in cui il peduncolo fu affondato) ottiene sette guarigioni, alle quali potrebbe aggiungersene un'ottava poichè una donna soccombette ad una pneumonite 43 giorni dopo l'atto operativo (1). Di fronte

(1) C. Braun Fernwald pubblicò recentemente i risultati da lui ottenuti *(Ueber*

a tali risultati cessa persino l'opportunità dei confronti tra il metodo Porro ed il taglio cesareo classico, nè da questo può sperarsi una prognosi gran che migliore coll'antisepsi se l'arte non trova un mezzo efficace per impedire il passaggio dei lochi dal cavo uterino al cavo peritoneale. Il taglio cesareo col metodo di Sänger, ovvero la gastro-elitrotomia, quale fu rinnovata per opera di Thomas possono darci anch'essi ragionevole speranza di vedere migliorata la prognosi della estrazione del feto per vie artificiali? A mio avviso non è a dubitarne: molte argomentazioni teoriche figurano pro e contro i due processi, ma essi si presentano con veste abbastanza scientifica per meritare di essere messe alla prova in determinati casi. Se le prove cliniche della gastro-elitrotomia sono già discretamente numerose, quelle col processo Sänger sono ancora troppo scarse per giudicare fino a qual punto il suo metodo di sutura può garantirci contro i lamentati inconvenienti del taglio cesareo ordinario. Tutto il perno della questione sta nel dimostrare se con quest'ultimo processo sia possibile una guarigione per prima intenzione della ferita uterina, possibilità che toglierebbe molti e forse i più gravi inconvenienti del taglio cesareo classico. A questo si può obbiettare anche essere in una nuova gravidanza probabile una rottura del viscere, non partecipando alla riunione della breccia che il foglietto sieroso: ma ammessa la riunione per prima intenzione, poichè è stata dimostrata sperimentalmente anche la rigenerazione delle fibre muscolari, tale rimprovero non potrebbe più muoversi al processo di Sänger. Quanto al confronto fra gastro-elitrotomia e metodo Porro, quale può essere stabilito non dai fatti, che questi sono troppo scarsi per quella, ma dal ragionamento, vale in parte quanto ho già detto raffrontando la gastro-elitrotomia col metodo Sänger, tenuto calcolo in più del fatto che il metodo Porro ha già dimostrato almeno di diminuire i pericoli della peritonite settica. La discussione potrebbe qui portarsi anche nel campo degli effetti remoti del metodo Porro, il quale sterilizza la donna mentre e la gastro-elitrotomia e il processo Sänger lasciano sussistere la potenza sessuale. Ora gli effetti remoti del metodo Porro

---

Zwölf Fälle von Kaiserschnitt mit Hysterektomie bei engem Becken-Wiener Mediz. Wochenschrift, 1883, N. 45, 46). Egli si dimostra partigiano del processo Müller, contrario all'affondamento. Anche il Breisky ed il Fehling adottarono la modificazione Müller.

possono considerarsi riguardo alla castrazione e, a mio avviso anche riguardo al modo di comportarsi della cicatrice in confronto di quella lasciata dal taglio cesareo classico. Quanto ai primi li conosciamo già per studii fatti in altri campi (ovariotomia doppia, operazione di Battey, di Tait, ecc.). Quanto agli altri, il fatto che alcune operate (fra cui una delle mie e una del Prof. Chiara) col metodo Porro le ho riviste con uno sventramento in corrispondenza di quella parte di cicatrice che corrisponde all'angolo inferiore della ferita dove era stato fissato il moncone, m'indusse a dimandarmi se il trattamento extraperitoneale non favorisse la produzione di tali ernie tanto più che è risaputo come in parecchi casi si è già constatato come il moncone uterino poco per volta si svincoli completamente o quasi: ma non è a negarsi che anche la gastro-elitrotomia debba favorire la produzione secondaria di ernie. Intanto i fautori decisi della gastro-elitrotomia e del taglio cesareo classico con processi più razionali continueranno naturalmente le prove e ci porteranno in campo nuovo materiale di studio e di raffronto. Ma anche ai fautori del metodo Porro si può affacciare la questione se in ogni caso di viziatura pelvica (sulle indicazioni e controindicazioni del metodo Porro in altre cause di distocia ho già espresso antecedentemente il mio avviso) in cui si pratica il taglio cesareo a questo debba farsi seguire l'amputazione utero-ovarica. E questa questione ne involge un'altra se cioè la migliorata prognosi del taglio cesareo conceda di ampliare la cerchia entro cui si teneva ristretto il taglio cesareo classico. Io fui dei primi ad insorgere contro invasioni che non mi parevano giustificate ed in altra occasione così io scriveva: « Il taglio cesareo fu per « tanto tempo nelle maternità sinonimo di morte, che è naturale « come l'ingegno ostetrico si acuisse in mille modi a trovare un « artificio meccanico, con cui si potesse ridurre il volume del « feto e renderne così possibile la sua estrazione per le vie na- « turali. Ogni scuola e quasi ogni ostetrico tentò di abbassare il « limite superiore del taglio cesareo, tanto si paventava questa « *extrema ratio* dell'ostetricia e fuvvi anche chi giudicò possibile « l'embriotomia fino a 27 mm., e l'invenzione del cefalotribo, del « forcipe-sega, del cranioclaste, dello sfenotribo, delle forbici ba- « siotomiche, del laminatore cefalico rappresentano altrettanti « tentativi di rendere possibile l'embriotomia anche nelle estreme « viziature pelviche. Conosciuti gli esiti favorevoli del taglio ce-

« sareo seguito dall' amputazione utero-ovarica, sembra che una « vertigine opposta s'impadronisca degli ostetrici e che si voglia « elevare di altrettanto il limite del taglio cesareo di quanto « prima lo si voleva abbassare. Il mio pensiero si è che in ri- « guardo alle ristrettezze pelviche l' indicazione della ovaro-iste- « rotomia cesarea si aggiri approssimativamente nella stessa cer- « chia che già quella del taglio cesareo classico. Or bene questo « dalla maggioranza degli ostetrici si riteneva preferibile al di- « sotto di 54-60 mm., secondochè si operava nelle città da spe- « cialisti rotti a tutte le difficoltà della pratica, ovvero nelle cam- « pagne, elevando ancora tale limite di qualche millimetro, ove « si fosse trattato di pelvi universalmente ristrette, ovvero di « presentazione del tronco. Ma poichè l'innovazione introdotta ha « migliorato innegabilmente i risultati del taglio cesareo, siamo « pur larghi eleviamo il suo limite fino a 65 mm., (s' intende a « feto vivo), ma al di là di questo limite havvi ancora un vasto « campo, che, a mio avviso non dovrebbe essere invaso anche « dal taglio cesareo così modificato ».

Oggi le mie convinzioni sono ancora quali erano circa quattro anni or sono. La mortalità complessiva del metodo Porro era allora del 56 % ed ora si è di poco migliorata, e trattandosi di un atto operativo che deve essere all'occorrenza praticato da ogni medico ed in ogni circostanza è della mortalità complessiva che bisogna tener calcolo. Ed è singolare che alcuni fra i più fortunati operatori e caldi fautori del metodo Porro siano precisamente dello stesso avviso. Il Braun non lo eseguì mai che in casi di assoluta indicazione. Il Müller al quale dobbiamo il miglior lavoro in difesa del metodo Porro assegna egli pure una coniugata di 6,5 ctm. come limite superiore del taglio cesareo e così scrive: « la differenza fra la mortalità del taglio cesareo moderno e la « mortalità della craniotomia bene eseguita è sempre ancora così « grande, che il guadagno della prima operazione, la conserva- « zione della vita fetale, è troppo insignificante di contro alla « perdita in vite materne, che il taglio cesareo sacrifica in più ». E leggasi quanto scrive un altro caldo fautore del metodo Porro, il Fischel il quale essendo assistente del Breisky è a presumersi che ne rifletta anche le opinioni. « Chè se noi dopo questo ge- « nerale apprezzamento della prognosi dell' operazione di Porro « poniamo la questione se questa giustifichi una estensione del- « l' indicazione del taglio cesareo ridotta a' suoi stretti confini,

« la risposta deve così suonare, che cioè il risultato reale quale « ci è rappresentato dal procento di mortalità del 57, non solo « non giustificherebbe alcuna estensione ma per contro una li- « mitazione delle indicazioni. Poichè se l'operazione di Porro in « modo indubbio permette una prognosi notevolmente più favo- « revole che il taglio cesareo, noi dobbiamo però opporre a ciò « che negli ultimi anni per la introduzione di una scrupolosa « nettezza e dell'antisepsi nella pratica ostetrica la prognosi del « parto per *vias naturales* si è in alto grado migliorata ». Quale è infatti la mortalità odierna della embriotomia? Nel quinquennio 1875-79 è stata in S. Catterina del 16 °/₀ circa *senza selezione di casi*. Lo Spiegelberg negli ultimi 12 anni ebbe una mortalità del 17 °/₀, Müller in Berna sopra 17 casi ebbe due morti cioè una mortalità dell'11 °/₀ e nella clinica di Breisky sopra 35 soltanto due morti cioè una mortalità del 6 °/₀. A ragione il Müller scrive dunque che la questione può essere messa semplicemente in questi termini. « Di 100 donne con stenosi pelvica media ne muo- « iono 50 col taglio cesareo, ma di queste altre 35-40 potrebbero « essere salvate se si sacrificassero tutti i feti, cosa deve farsi? « Ovvero si potrebbe formulare così la questione: colla cranio- « tomia sopra 100 donne 15 muoiono, 85 sono salvate, col taglio « cesareo noi ne sacrifichiamo ancora 35 di queste ultime; ab- « biamo noi il diritto di sacrificare in più questi 35 individui « adulti per conservare forse in vita 80 bambini, poichè circa « altrettanto è il procento dei bambini salvati col taglio cesareo? « *Chi non è impigliato in certe prevenzioni decisamente risponderà « di no ed impavido agirà in conseguenza* ». È lo stesso ragionamento che io facevo nel mio citato lavoro, avvalorandolo colla dimanda, dei bambini estratti vivi quanti sopravviveranno? volendo in tale dimanda implicita l'espressione di quella legge naturale secondo la quale una parte dei bambini soccombe prima di avere raggiunto il primo anno di vita, ed un'altra parte e ragguardevole prima che abbiano il significato di valori sociali. Nè mi si obbietti che in condizioni favorevoli la prognosi del metodo Porro è suscettibile ancora di notevole miglioramente come lo dimostrano alcune statistiche individuali, poichè lo stesso ed in proporzione maggiore può darsi della embriotomia al disopra di 65 mm.

Ed ancora la stessa convinzione mantengo già allora espressa che anche l'aborto provocato non può essere radiato dal quadro

delle operazioni ostetriche, e ciò a tanto maggior diritto inquantochè la sua mortalità può considerarsi come espressa dal 5 %. Vero è che a questo proposito può obbiettarsi che quando noi provochiamo ripetutamente l'aborto nella stessa donna, per il fatto della ripetizione, noi veniamo a moltiplicare tale probabilità per il numero di volte che si ripete la provocazione dell' aborto, ma ciò riguarderebbe ad ogni modo la questione non di massima, ma la questione se l' ostetrico debba continuare indefinitamente a provocare aborti nella stessa donna e tale questione può e deve sciogliersi diversamente a norma delle circostanze.

Dunque, lo affermo ancora una volta, il taglio cesareo secondo le mie convinzioni non dovrebbe uscire dal campo delle indicazioni assolute così limitato come sopra accennai, fatta estrazione ben inteso dei casi di notevole assimetria pelvica, ovvero di forme rare di deformità pelvica, in cui è impossibile stabilire norme regolatrici costanti. L'embriotomia a feto vivo non solo ma anche alcune inconsulte applicazioni di forcipe, possono poi secondo le mie convinzioni, essere limitate dalla sinfisiotomia in alcuni casi ed entro certi limiti, come ebbi già occasione di dire in altro scritto e come non è qui opportuno il ripetere. A coloro poi che impigliati in prevenzioni, come scrive il Müller, prevenzioni che ad ogni modo si devono rispettare come emananti dalla coscienza individuale, rifuggono dal sacrificio di un feto vivo, e non si acconciano alla ipocrisia di aspettarne la morte, e non ravvisano nella sinfisiotomia una operazione abbastanza giustificata ecco aprirsi nel campo delle indicazioni relative del taglio cesareo occasione propizia per esperire la gastro-elitrotomia e il metodo di Sänger, sul cui valore comparativo mi espressi già nel capitolo antecedente. Ma si potrebbe ribattere: dunque una madre la quale piuttostochè sacrificare il feto acconsente ad un atto operativo che aumenta i pericoli che essa correrebbe diversamente, deve vedere aumentare ancora tali pericoli per la scelta di un metodo operativo piuttostochè di un altro? Risponderò che se non tutto il campo delle indicazioni relative, almeno in una parte di esso, quella che sta al di là dei 70 mm., si può sperare di avere un bambino vivo nelle gravidanze successive mediante la provocazione del parto prematuro, e che al postutto coi fatti che sinora si posseggono non è punto materialmente dimostrato che la gastro-elitrotomia ed il processo di Sänger diano una mortalità maggiore, essendochè sopra 10 casi, 8 della prima opera-

zione e 2 della seconda si ebbero sei guarigioni e quattro morti, numero certamente insufficiente per fondarvi sinora delle conclusioni assolute per non addottare il metodo Porro nelle ristrettezze assolute, dove ha già fatto buona prova su vasta scala, ma sufficiente per esperirli in casi speciali.

Senonchè devo qui ora sollevare una questione in senso inverso a quella già elevata in principio di queste considerazioni. Allora io mi dimandavo: può un partigiano del metodo Porro ricorrere al metodo Sänger in determinati casi di stenosi pelvica? Ed ora invece mi dimando: un partigiano convinto del metodo Sänger può o deve in determinati casi ricorrere al metodo Porro e ciò tanto nelle indicazioni assolute che relative per stenosi pelvica? Evidentemente la risposta dovrebbe essere affermativa e ciò secondo il mio avviso nei seguenti casi: 1) quando l'emorragia non fosse in alcun modo frenabile: 2) quando fossero a sospettarsi con fondamento processi settici incoati nel corpo uterino: 3) quando all'estrazione del feto si stracciassero i margini della ferita: 4) quando fosse ostacolato il libero deflusso dei secreti uterini e non fosse possibile rimediarvi efficacemente e sicuramente, come per es. nei casi di stenosi cicatriziale del canale vaginale e cervicale. Nei casi poi di osteomalacia nei quali coll' impedire una gravidanza successiva mettiamo la malattia in condizioni favorevoli per guarire converrà dare la preferenza al metodo Porro, anzichè operare il taglio cesareo classico e poi aggiungervi la castrazione o la legatura della tube (1).

---

(1) Oltre i lavori già citati nel corso del lavoro si consultino i seguenti:

Berruti Giuseppe. *Contributo allo studio della istero-ovariotomia cesarea (Giornale Internazionale delle Scienze Mediche*, 1880.

Pinard. *De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique on opération de Porro* (*Annales de Gynecologie*, 1879).

Mangiagalli. *Sulle indicazioni assolute e relative del taglio cesareo* (*metodo Porro*). *Annali Ostetricia*, 1880.

Idem. *Il quinquennio* 1875-79 nella Clinica Ostetrica di Milano. Milano. 1882.

Bergesio. *Cefalotribo o cranioclaste? Annali di Ostetricia*, 1880.

Eustache. *Parallèle de l'embryotomie et de l'operation césarienne (Transactions of the International Medical Congress held in London,* 1881. Vol. IV.

Morisani. *Sulla sinfisiotomia. Annali di Ostetricia*, 1881.

Mangiagalli. *Una probabile risurrezione nel campo dell'ostetricia operativa. Annali di Ostetricia*, 1883.

Fischel. *Ueber dem Kaiserschnitt an der lebenden. Separatabdurck aus der Prager Medizinischen Wochenschrift,* 1883. N. 1.

I risultati del taglio cesareo nel Württemberg, nel Baden, nell'Assia sono riportati nel lavoro di Müller che ebbi già campo a citare più volte.

Così ho terminato l' analisi delle indicazioni del taglio cesareo seguito dall'amputazione utero-ovarica non quali si possono presentare, chè grandissima sarebbe la loro varietà, ma quali si sono presentate in realtà dall' epoca in cui il Porro colla sua ardita innovazione apriva agli ostetrici un campo pressochè inesplorato.

E con tale esame ho posto fine eziandio a questo lavoro, nel quale ho cercato di studiare spassionatamente tutte le questioni che sono sorte nel dominio dell'amputazione utero-ovarica ad eccezione di quelle etico-morali. Se bene, non so, ma la fatica durata nel percorrere pressochè tutta quanta la letteratura ostetrica che da essa ebbe vita, mi lascia almeno la speranza di essere riuscito in questo lavoro a rispecchiare fedelmente lo stato delle nostre cognizioni attuali su tale argomento.

DI UNA ALTERAZIONE DI PRIMA FORMAZIONE

DEL CANALE GENITALE FEMMINILE

(imene a forma di ponte)

CONSIDERAZIONI ED OSSERVAZIONI

del Dott. PAOLO NEGRI

Professore-Direttore della Scuola di Ostetricia in Novara.

L'étude des anomalies éclaire certaints points d'embryologie encore obscurs, de même que l'observation clinique a fréquemment mis sur la voie de découvertes anatomo-pathologiques intéressantes.

(De-Sinéty. *Brides verticales situées a l'orifice vulvo-vaginale.* — *Ann. de Gyn.*, Août, 1882).

Il vizio congenito di cui intendo parlare in questo scritto, è posto nel canale genitale femminile e precisamente ad uno degli estremi, in quella parte che chiamata *imene* fu per lungo tempo studiata quale organo a sè.

È pur mestieri prima di trattare singolarmente del vizio in discorso il ricordare qualche fatto che si compie durante lo sviluppo del canale genitale; e dico soltanto ricordare, poichè mi parrebbe inutile, anzi sconveniente, il rifare qui la storia embriologica dell'apparato genitale, cosa questa che può fare ognuno per conto proprio consultando le opere, le monografie, i molteplici scritti sopra tale argomento pubblicati.

Se noi vogliamo considerare diviso in due parti il complesso degli organi genitali femminili ne troveremo una destinata a produrre qualche cosa, e questa parte può esser detta apparato ghiandolare (ovaia), ed un'altra invece costituita dalle trombe di Falloppio, dall'utero e dalla vagina destinata a portar via il pro-

dotto più o meno modificato, e questa potrebbe anche chiamarsi con il Colomiatti apparecchio escretore (1).

È la storia embriologica di questo apparato escretore che, a noi soltanto interessa: essa del resto è assai semplice: si può riassumere in queste parole: tale apparato escretore risulta dalla fusione di due condotti che dapprima sono solidi ma ben presto diventano cavi: trombe, utero e vagina sono per conseguenza embriologicamente derivanti da questi condotti: la opinione di coloro che ammettavano la vagina derivante piuttosto dal seno uro-genitale che dai condotti di Müller, fu dimostrata non esatta da molti fatti di embriologia umana patologica e dall' anatomia comparata. Così stando lo sviluppo di tali organi, è affatto chiaro alla mente che ogni arresto nella scomparsa del setto divisorio dei due primitivi condotti, e la intera persistenza di tale setto, possono portare una infinita varietà nella forma dell'utero e della vagina. Resterebbe è vero a discorrere ancora intorno allo sviluppo dell'imene, poichè noi dicemmo che l'alterazione congenita da noi studiata stava sull'imene. Ma per nostro conto crediamo di assolverci assai brevemente intorno a ciò, con il dire che l' imene deve considerarsi quale porzione terminale della vagina rivestita all'esterno dalla mucosa vulvare. Su questo argomento io mando il lettore alle belle ricerche del Budin (2).

Il Prof. E. Hoffmann, nei *Nuovi elementi di medicina legale* (3) parlando delle differenti forme dell' imene, così scrive:

« Une autre forme particulière et intéressante d'hymen est celle que nous avons décrite déjà il y a quelques années sous le nom d'hymen en forme de pont. Elle correspond à ce que les anciens auteurs appelaient *foramen hymenaeum bipartitum*, et consiste en ce qu'une bandelette de même structure que la membrane de l'hymen est tendue par-dessus l'orifice du vagin et presque toujours dans une direction longitudinale de façon à diviser cet orifice en deux parties latérales. Cette forme d'hymen n'est nulle-

---

(1) Colomiatti. *Frammenti di embriologia patologica.* — *(Giornale della R. Accademia di Medicina in Torino*, Agosto, 1880).

(2) Budin. *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal.* — *(Progrès Médical* Paris, 1879).

(3) *Nouveau éléments de médecine légale.* Traduction par Levy, introduction et commentaires par Bruardel. Paris, Baillière et fils, 1881, pag. 59).

ment rare . . . . . Nous avons regardé cette bandelette comme le bord inférieur du *septum*, existant dans les premières périodes du développement embryonnaire et divisant le canal génital en deux moitiés latérales, par consequent, comme le premier degré de cet arrêt de développement qui a un degré plus avance, est appelé *uterus septus* et *vagina septa*. Nous fûmes confirmés dans cette opinion par l'observation de plusieurs cas, dans lesquels le pont de l'hymen se continuait avec une cloison s'avançant dans le vagin et séparant même quelquefois toute la longeur du canal vaginal en deux parties. Mais comme certains auteurs tels que Schroeder et surtout Dohrn admettent que l'hymen ne se forme que plus tard (la dixneuvième semaine), il serait possible que la production de cette forme d'hymen fût due, moins à un arrêt de développement, qu'à un developpement excessif du rudiment de l'hymen. »

L' Hofmann stesso soggiunge che tale forma fu riscontrata e descritta anche da altri autori fra i quali più recentemente da Paschkis (1); posteriormente a quest' autore trovo una breve nota del De-Sinéty (2) che deve da me essere assolutamente ricordata. È una comunicazione fatta alla Società di Biologia: dopo aver ricordato tre casi a lui occorsi nei quali si trovava: nel primo una briglia a forma di lettera Y, le branche superiori della quale si inserivano da ciascun lato ai lati del meato urinario e quella inferiore sulla parete anteriore della vagina e contemporaneamente sulla parte corrispondente della parete posteriore dell'orificio vulvo-vaginale mostravasi una piccola sporgenza conica confondentesi con la mucosa della vagina: nel secondo a livello del meato urinario una appendice lunga parecchi centimetri in alto attaccantesi ai lati dell' orificio uretrale e libera in tutto il resto; alla parte posteriore e corrispondente dell' orificio vulvo vaginale, come nel primo caso, esisteva una sporgenza conica simile alla sopra descritta: in questo secondo caso però nota il De-Sinéty che le due branche superiori non erano separate come nel primo, e l' estremo inferiore era libero e non aderente alla parete vaginale anteriore; un terzo caso finalmente

---

(1) *Wiener medic. Presse*, 1877, N. 1 (cit. di Hofmann).

(2) *Brides verticales situées à l'orifice vulvo-vaginal.* — *(Annales de Gynéc.*, Août, 1882).

identico ai due primi con la sola differenza che l'appendice mucosa non misurava che la metà circa del diametro verticale della vulva; soggiunge: « nous avons vainement recherché, dans les auteurs, une description se rapportant à des faits analogues à ceux indiqués dans nos trois observations. » Per la interpretazione poi dei fatti trova poco probabile che si tratti di un tramezzo verticale della parte inferiore della vagina o di una imene biperforata specialmente per il primo caso, non crede che sieno il risultato di aderenze prodottesi durante la vita intrauterina tra le pareti del seno uro-genitale, ma piuttosto ammette, in modo però dubitativo, che tali briglie rappresentino un rudimento di tramezzo più o meno comparabile a ciò che avviene nel maschio quando si forma il rafe scrotale.

Può intanto domandarsi se le briglie osservate dal De-Sinéty si trovassero al momento dell'osservazione nel loro vero stato, intendo con ciò di dire che l'atto del coito non le avesse rotte; ciò non è alieno dall'ammettere l'autore citato: ma anche indipendentemente da questo dobbiamo ammettere che la memoria ed il volume dell'Hofmann sieno proprio sfuggite all'autore francese altrimenti avrebbe anche visto il passo seguente nel manuale del professore di Vienna (1).

« On peut encore rencontrer cette disposition de l'orifice de l'hymen à un degré moins prononcé. Ainsi nous avons trouvé et placé dans notre musée plusieurs cas, dans lesquels on voyait partir du bord supérieur ou inférieur de l'hymen des prolongements lobulés s'avançant dans l'ouverture de l'hymen, de sorte que celle-ci présentait la forme d'un cœur renversè ou droit. Dans d'autres cas nous avons vu ces prolongements partir en même temps de la partie supérieure ed inférieure de la péripherie de l'hymen. »

Ma è tempo ormai che noi veniamo ad esporre i fatti che noi stessi potemmo osservare, e che, per quanto poco numerosi, ci fanno subito ammettere con l' Hofmann che la *imene a ponte* (così volendola definire) non sia proprio una cosa rara. Sono quattro osservazioni e tutte fatte in donne gravide: questo fatto ci induce anche a studiare tale anomalia in rapporto con lo stato di maternità e specialmente con il parto e con il prodotto del concepimento.

---

(1) Loc. cit., pag. 60.

Alle tre osservazioni personali possiamo fortunatamente aggiungerne una quarta: appartiene al nostro Maestro il Prof. Cav. Domenico Chiara e fu fatta nella Maternità di Firenze nel corso dell'anno 1883.

Osservazione I. — Fu questa fatta nella Maternità di Milano allorquando lo scrivente a quella era addetto in qualità di medico assistente.

La ricoverata N. 79, dell'anno 1880, venne accolta in travaglio di parto (esordio) il 10 marzo. È di anni 20, contadina di professione; è alla sua seconda gravidanza essendosi spontaneamente interrotta la prima a circa 2 mesi; l'ultima mestruazione ebbe termine il 5 giugno. L'esame istituito la dimostra gravida a termine: il feto è vivo, si presenta con il vertice in posizione OIDA. L'attenzione rimase fissa sopra una speciale conformazione dei genitali esterni; erano questi affatto normali ma divaricate le piccole labbra e posto in piena luce l'ostio vaginale, appariva questo diviso in due da una benderella decorrente verticalmente, non perfettamente sulla linea mediana poichè a destra rimaneva uno spazio alquanto maggiore che a sinistra. Tale bendella partiva dal pilastro anteriore della vagina ed arrivava alla estremità inferiore della parete posteriore vaginale: tale cordoncino in alto ed a sinistra era nettamente confuso con uno degli avanzi dell'imene. Il cordoncino avea tutti i caratteri della mucosa vaginale.

L'11 marzo il parto terminò con una applicazione di forcipe a testa nello scavo per minaccia della vita fetale; prima di applicare il forcipe fu escisa la piccola benderella con due colpi di forbici; il feto (maschio) nacque vivo: era a *termine e bene conformato ;* pesava grm. 3000, misurava 48 ctm., con un diametro biparietale anatomico di mill. 90.

Il 21 marzo la puerpera abbandonava la clinica con il suo bambino.

Osservazione II. — Anche questa fatta nel medesimo Ospizio.

La gravida 143 dell'anno 1881 fu accolta nella Maternità il 5 luglio; è di anni 25, servente di professione, non fu mai ammalata ed è gravida per la prima volta.

L'ultima comparsa mestruale si effettuò nei primi giorni di novembre 1880.

Con l'esame istituito si riconosce la donna primipara, bene

conformata nelle parti scheletriche, con un feto vivo nell' utero, in presentazione di vertice, dorso a sinistra.

All' esame dei genitali esterni dopo aver divaricate le grandi e le piccole labbra si nota una briglia che parte dalla colonna anteriore della vagina immediatamente al disotto del meato uretrale, ma stando però un pochino a destra; tale briglia discende verticalmente in basso fino a raggiungere la colonna vaginale posteriore; le due aperture che ne risultano non sono perfettamente eguali data la posizione un po' eccentrica del cordoncino risulta un po' più grande quella di sinistra.

La briglia ha uno spessore di 3 a 4 millimetri, e presenta l' aspetto roseo della mucosa dei genitali.

Il parto si compì spontaneamente il giorno 8 agosto alle 9. 45 pom.; il feto si presentava con il vertice in posizione OISA; allorquando la testa venne a premere contro l' orificio vaginale la briglia che durante la calma non misurava che tre soli ctm. in lunghezza, si lasciava distendere fino a misurarne sei. — Al principio del tempo di estensione del capo fetale sotto una forte contrazione la briglia si ruppe; durante l' espulsione delle spalle si ebbe a notare una lacerazione perineale di primo grado.

Il feto fu espulso vivo; era un maschio pesante grm. 3150, lungo mill. 505 (295-210), con diametro biparietale anatomico di mill. 87; ma richiamava l' attenzione sul suo corpicino: 1.° un notabile sviluppo dei due lobi laterali della tiroide; 2.° un esemplare assai netto di *estrofia vescicale;* la conformazione dei genitali era normale, solo nella regione soprapubica si notavano quei fatti che accompagnano questo ributtante vizio di prima formazione.

Il puerperio decorse normale; la madre passò fra le nutrici il 19 dell'agosto, il bambino fu consegnato al Provinciale Brefotrofio.

Osservazione III. — Questa, ultima nell' ordine cronologico, è recentissima, e fu fatta nella clinica ostetrica della Scuola di Novara.

Riguarda una gravida accolta il 30 dicembre 1883 e sgravatasi il 19 gennaio 1884 alle 10 $^1/_4$ pom.

Si tratta anche in questo caso di una primipara, d'anni 21, bene conformata, gravida di un feto presentantesi per il vertice. All'esame dei genitali esterni si riscontra: divaricate le grandi e piccole labbra che nulla offrono di anormale, si vede l'ostio vaginale di-

viso in due da una benderella diretta verticalmente dall' alto al basso e giustamente posta sulla linea mediana: tale cordoncino è un po' più largo nel senso antero-posteriore che non nel traversale e mentre il margine anteriore termina con una superficie sub-rotonda, il posteriore invece è aguzzo; incomincia là ove termina il pilastro anteriore della vagina, immediatamente al disotto del meato urinario e si inserisce alla porzione terminale della vagina sulla linea mediana precisamente là ove si trovano i resti imenali con i quali tanto in questo luogo come in quello superiore completamente si fonde. Il ponte descritto offre alla vista tutti i caratteri del tessuto mucoso, ma qualora si passi al disotto con il dito ripetutamente, non tarda a cambiare di forma, a diventare un po' più corto ed a descrivere una specie di arco a convessità anteriore. Nessuna altra particolarità degna di nota si riscontra nel restante canale vagino-uterino.

Il parto nulla offrì di speciale: il ponticello fu esciso con due colpi di forbice allorquando il capo fetale venne a distenderlo e sgraziatamente il pezzetto che dovea esser assoggettato ad indagine microscopica venne smarrito: solo posso dire che un sottile vaso lo percorreva interamente.

Il feto espulso (femmina) era a termine e non presentava alterazione alcuna nella sua forma. Il puerperio decorse irregolarmente per febbre. La donna uscì in buone condizioni.

Osservazione IV. — Maternità di Firenze. Prof. D. Chiara.

Riguarda una primipara di anni 21, pecoraja di professione, accolta il 4 gennajo 1883. Nulla offrì di speciale l' esame fatto a scopo diagnostico se si eccettui il reperto per quanto riguarda i genitali est.

Anche in questo caso apparve l'ostio vaginale diviso in due da una *specie di nastro* disposto verticalmente dall' avanti all' indietro; tale benderella formata da tessuti perfettamente eguali ai circostanti non era precisamente sulla linea mediana, ma alquanto spostata a destra per cui ne riuscivano due accessi di differente apertura: più largo quello di sinistra, più stretto l'altro.

Il parto si compì il 7 febbrajo spontaneamente: il ponte imenale non venne inciso ma si lasciò che fosse spezzato dalla testa: la rottura si fece all' unione del 3° inferiore coi due terzi superiori: il frammento superiore venne quindi esciso con le forbici.

Il feto (femmina) viva ben conformata pesava grm. 3700, era lungo cent. 50. Il puerperio decorse normalmente.

Questi quattro fatti clinici osservati in circa tre anni e sopra un numero complessivo di oltre 1000 gravide stanno già per dimostrarci come la asserzione dell' Hofmann che tale forma di imene sia per niente rara, sia vera: abbiamo incontrato in queste osservazioni due delle varietà descritte dall' autore citato, e cioè o il ponte batteva nettamente la linea mediana, oppure standosene alla destra od alla sinistra di questa, lasciava in conseguenza due aperture laterali di ampiezza differente.

Dalla impressione a noi rimasta dall'esame dei casi e specialmente dai rapporti costanti di tale benderella con la vagina e con i resti imenali, nonchè dalla costituzione istologica che indubbiamente dovea farci pensare al tessuto mucoso ed a quello muscolare (Osserv. III), restò in noi la convinzione che tale ponte facesse parte integrante dei tessuti imenali. Siccome poi alla lor volta questi sono dipendenze di quelle vaginali, così è per noi più facile, più chiaro, più seducente l'abbracciare l'opinione di Hofmann, credere cioè tali briglie espressione di una mancata completa scomparsa del setto fra i condotti di Müller, discostandoci in ciò dalle vedute del De-Sinéty.

Sembrami poi che non valga neppur la pena di fermarsi su tale piccola anomalia volendola valutare in rapporto con il parto; tanto lieve è l'ostacolo che può essere offerto alla espulsione del feto che o le sole forze uterine, od un semplice colpo di forbice o coltello bastano a toglierla in modo completo.

Non trascurabile affatto mi sembra invece un altro rapporto; quello cioè che può correre fra la presenza di tale vizio ed alterazioni di prima formazione che possono riscontrarsi sul corpo del feto: l'Osserv. II, ne offre un esempio assai marcato. Il feto infatti completamente e bene sviluppato presenta una grave alterazione, la estrofia vescicale. Nessuno può negare tra i fattori delle forme teratologiche la eredità, come pure non si può negare che tale eredità si manifesta talvolta ne' medesimi modi, tal altra invece nei più svariati; esiste nel nostro caso un rapporto fra i due fatti, o si tratta invece di una pura coincidenza? Problema difficile ed al quale nessuno credo possa in oggi rispondere: noi ci accontentiamo di notare il fatto; siamo però in diritto di dire che non ripugna il credere alla possibilità di una trasmissione ereditaria di forme teratologiche in questo caso.

ANNUNCIO BIBLIOGRAFICO

ARCHIVIO DI ORTOPEDIA.

È questo il nome di una nuova pubblicazione periodica il cui sorgere noi abbiamo salutato con plauso. Essa è dovuta alla vigorosa e coraggiosa iniziativa del Dott. Panzeri di Milano e del Dott. Margary di Torino, che riunendo attorno a sè i cultori italiani della ortopedia scientifica riuscirono già a dimostrare quanto sia notevole e fecondo il risveglio del pensiero italiano anche in questo campo ove lo Scarpa ed il Paletta avevano impresso orme durevoli.

Il giornale si stampa a Milano presso la Tipografia P. Agnelli ed è redatto dai Dottori A. Arcari ed E. Secchi. Nel primo fascicolo uscito alla luce nel mese di gennaio noi non scorgiamo soltanto una splendida promessa, ma già felicemente iniziata l'attuazione di un piano maturatamente divisato e che, ne siamo certi, verrà condotto a compimento dalle forze giovani ed operose di chi lo ha ideato. Il 1° fascicolo è di 96 pagine, adorno di 9 figure in legno e di 11 figure fototipiche ed i fascicoli successivi formeranno a fine d'anno un volume di circa 600 pagine. L'abbonamento annuo è di L. 15, l'ufficio di Redazione ed Amministrazione è alla Poliambulanza di Milano, Via Fieno, 10.

Il fascicolo uscito consta di una parte originale e di una parte rivista. Questa è ricchissima di recensioni estese di scritti italiani e stranieri: quella comprende una memoria di Margary « Sulla cura operativa del piede varo congenito inveterato », una di Secchi « I corsetti meccanici nella cura della scoliosi », una di Panzeri « Di due rare deformità della gamba corrette coll'osteotomia », una di Novaro « Un caso di osteotomia subtrocanterica per correggere una grave deformità coxalgica », infine un prospetto clinico-statistico del Ceccarelli dei casi di ginocchio valgo operati in Roma negli ospedali del Bambino Gesù e dei Fate Bene Fratelli.

Noi siamo tanto più lieti di annunciare questa pubblicazione inquantochè è notevole l'attinenza che nel campo scientifico e clinico l'ortopedia ha in alcuni punti cogli studii ostetrici. E l'ortopedico e l'ostetrico studiano e descrivono accuratamente le deformità del sistema osseo e dell'apparato locomotore, quegli per cercar di porvi riparo, questi per determinare l' influenza che esse esercitano sulla forma della pelvi muliebre e conseguentemente sulla più importante delle funzioni, quella della riproduzione. Poichè l' ostetrico non può più oggigiorno considerarsi come una mammana alquanto perfezionata, egli deve trarre tesoro da tutte le nozioni scientifiche apprese dalle altre discipline mediche, per farne ampia applicazione nel proprio campo. Egli non si limita più a determinare se un bacino è cordiforme o reniforme o a cifra otto, ma indaga invece per influenza di quali fattori meccanici la pelvi si deformi e si deformi in quel dato modo. E nel campo profilattico l' opera dell'uno e dell'altro potrà essere feconda di bene poichè molte anomalie congenite e molte deformità che si sviluppano nella infanzia, cadono di spesso, e direi di preferenza sotto l' osservazione dell' ostetrico, il quale dalle sue nozioni di ortopedia scientifica saprà trarre l'indicazione di opera saggia od almeno di saggio consiglio.

MANGIAGALLI.

NOTIZIE

Operazione cesarea (metodo Porro).

Il 30 gennaio a. c. veniva questa praticata per la 5ª volta nella Clinica Ostetrica di Torino dal Prof. Direttore D. Tibone. — Una sua lettera scritta 18 giorni dopo dice: « La donna continua bene. »

LIBRI VENUTI IN DONO AL GIORNALE

Estudios clinicos de neuropatologia por Josè Armangué, ayudante de Cátedras prácticas, etc., Barcelona 1884.

ERRATA-CORRIGE

Il lettore ci perdoni questa lunga *errata-corrige* dovuta a uno di quegli accidenti, non rari nelle cose tipografiche, per cui una parte delle bozze del fascicolo di gennaio non venne ricorretta; aggiungiamo che le 56 pagine mancanti a completare i 2 fascicoli presenti furono date già nel numero di gennaio che doveva essere doppio e comprendere anche febbraio.

(Rivista Ginecologica Americana e strumenti nuovi.)

Pagina	Linea	Errata	Corrige
98	13	Battog	Battey
99	9	endomatorio	endometrio
100	20	pur	poco
101	3	intaccato	intaccata
101	25	aggiunge una	aggiunge esca
101	26	uretrocela	uretrocele
101	29	questo	questa
102	2	retto	setto
102	10	faccia	fascia
102	24	attribuire	attribuisce

Pagina	Linea	Errata	Corrige
105	15	parafrismi	parossismi
105	26	si rendono	si rendano
105	36	non richieda	non richiede
108	9	aste	asta
108	12	e lo	e la
109	5	ingrassarsi	ingranarsi
109	32	e rimanere	e risulta
109	35	bassa	breve
109	36	vita	vite
110	4	possono	possano
110	19	si ommettano le parole: e *finalmente su quello verticale*	
110	22	taglia	toglie
110	26	Cassagny	Chassagny
110	34	puntato	portato
110	35	alina	oliva
111	6	congiungano	congiungono
111	10	alinare	olivare
111	20	en	eu

NECROLOGIA DI ERCOLANI

Pagina	Linea	Errata	Corrige
112	17	altri suoi pregi	alti suoi pregi
113	nota (1)	Presleri	Predieri
115	16	formarono	fermarono
119	7	ialico	ialino
119	29	Langkaus	Langhaus

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume VI. Aprile 1884 N. 4.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze
diretto dal Prof. Cav. D. CHIARA.

CENNO STORICO DELLA GINECOLOGIA

Prolusione ad un corso di ostetricia e ginecologia

DETTA

dal Dott. EMILIO FASOLA
Libero docente di Ostetricia
Ajuto-Professore nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze
16 marzo 1884.

SIGNORI!

Antica abitudine che s'impone a chiunque deve intraprendere un corso di conferenze, anche nella veste umile di aiuto, è quella di dare principio con una prelezione, la quale dovrebbe tracciare l'indirizzo e le convinzioni del docente, e servire, come si dice, da professione di fede scientifica (per quanto la fede può essere scientifica), quando esso è nuovo e per la prima volta si presenta ad una scuola.

Nell'intento di soddisfare a quest'obbligo non posso nascondervi la trepidazione che mi assale, nella convinzione che in me nè la forma nè l'arte si trovano adeguati all'importanza della missione che la benignità e la stima del nostro maestro ha voluto conferirmi; nella tema di riuscire troppo al disotto dell'aspettazione di voi, Signori, che in anticipazione ringrazio per la cortese attenzione e per l'eccitamento che vorrete prestarmi nell'arduo compito che da questo momento affronto.

Il forte amore del sapere e l'alacrità del vostro ingegno varranno a supplire là dove mancheranno le mie forze: « ove il fallo abbondi, la vostra grazia abbonda. »

Superiore a nessuno di voi, non cerco atteggiarmi a scienziato, di cui a stento riuscirei a larvare la perizia, nè oso punto sperare che la mia parola possa riuscire un pallido riflesso a quella del nostro maestro: cercate in me un collega amante del lavoro e da voi indiviso su questa strada, desideroso di imparare e di tornare utile; un compagno che da voi non si distingue che per avere qualche anno in più, e per fa fortuna di aver potuto frequentare vaste cliniche nazionali ed estere, ed essere assistente presso uomini distinti e profondi nella materia: pensate a questo nel giudicarmi e siatemi ricchi di indulgenza.

Se colla mente seguiamo la evoluzione che ha subita l'arte nostra in questi ultimi tempi, e se, per appressarci al nostro ramo speciale, pensiamo ai progressi che l'acquisto del sapere ha fatto nel campo della ginecologia, noi vediamo che dessa è salita a tanta dignità e vastità, da abbracciare e risolvere taluna delle più delicate e più gravi questioni che hanno sempre occupata la scienza medica.

E come è legge di ogni evoluzione e di ogni progresso di procedere dal generale al particolare, ed è necessità per ogni popolo civile di dividere e specializzare sempreppiù, così figlia del progresso e dell'altezza dell'arte nostra doveva sorgere la ginecologia, specializzata ed affidata a personaggi particolarmente addetti; ed a lato degli antichi stabilimenti generali, assodati dall'età e dai regolamenti, dovevano sorgere i nuovi e prosperosi stabilimenti speciali, nuovi santuari consacrati allo studio di quella parte della medicina che cerca ovviare alle tristi conseguenze delle cause morbose che agiscono sugli organi produttivi muliebri.

L'esempio ci veniva dalla presente generazione germanica, ed è merito degli ostetrici di quella nazione quello di aver preso in culto speciale lo studio e la cura delle malattie della donna, e di aver raccolto un materiale sparso e soventi maltrattato, che doveva farsi tanto rigoglioso e tanto utile per l'umanità e per la scienza (1). Non sono più di 50 anni che a Berlino, per opera del

(1) Con questo non intendo menomare il valore della nazione francese, che se fu ed è tuttora scarsa di stabilimenti speciali, non fu e non è però seconda per pregio di chiare intelligenze e di ottima pratica.

Prof. C. Martin, si inaugurava la prima sezione clinico-ginecologica allo Spedale della Carità, segnando l'esordio delle istituzioni fiorenti e prosperose sorte successivamente a lato dell'ostetricia, delle quali è ricca quella nazione.

Questo infatti era compito degli ostetrici, che pel continuo contatto col sesso gentile, per la conoscenza speciale di tutte le particolarità che si riferiscono alle funzioni generative, per la pratica nell'esame degli organi genitali, per le qualità mediche e chirurgiche di cui dev'essere datato, meglio di ogni altro può vedere, conoscere, curare le malattie speciali della donna, le quali sono in stretto rapporto colla vita generativa, e da lei assai spesso dipendono.

È dura e sconfortante verità, Signori, questa, che il popolo italiano, primo a mettere luce nel campo dei morbi muliebri, è stato poi stazionario ed ultimo in questo grande rivolgimento; vuoi per strano ossequio a certe tradizioni regolamentari, vuoi per mal compresa economia; quasi che la vera ricchezza e la prosperità di un paese non risiedesse nella scienza.

La legge sulla libertà dell'insegnamento con effetti legali emancipava l'indipendenza delle opinioni e del volere, e segnava un avanzamento reso ancor più proficuo dalla cooperazione, dall'appoggio morale e materiale degli insegnanti ufficiali, che di buon animo aprivano ai volonterosi le porte degli spedali e dei laboratori, troppo gelosamente custoditi nei tempi passati, e che, rinnegata l'infallibilità della cattedra, poco notabilmente difesa dal baluardo dell'autorità, di buon animo accettavano la discussione, anche a costo di sacrificare sull'altare della verità e del progresso le dottrine e le teorie professate per tanti anni nella propria scuola. È nobile, generosa la gara a cui mirano i nostri maestri nel formare valenti pratici non solo, ma degni successori ed eredi del loro patrimonio scientifico, orgogliosi di vedersi più tardi a lato gli allievi col nome di colleghi nella vita didattica.

Ma non basta la concessione del libero insegnamento, quando agli stessi insegnanti ufficiali e nostri maestri mancano i mezzi per impartirlo con profitto, e resi necessari dai tempi e dalle nuove esigenze, ed è poco decoroso per noi che taluna delle primarie università del regno sia ancora priva di clinica speciale per la ginecologia. Così, ad esempio, in pieno 1884 noi vediamo negato all'Università di Torino, che per importanza propria e per la fama del titolare di ostetricia, occupa un posto importante fra

i nostri atenei, vediamo negato, dico, la concessione di qualche letto in più alla clinica ostetrica, per l'istituzione di una sezione speciale di ginecologia, mentre presso le università straniere siffatte cliniche esistono talvolta duplicate.

È vero che in quel grande centro non mancano chirurgi che praticano le più gravi operazioni ginecologiche, attrattivi dalla novità, e spinti dal bisogno di soccorrere tante sofferenti, che soltanto nelle cliniche loro trovano ospitalità; ma frattanto vi manca una clinica ed un insegnamento speciale. Nè l'evoluzione politica da tempo compiuta, nè i sacrificii consumati sull'altare dell'unità e dell'indipendenza nazionale, valgono a giustificare l'inerzia e l'oblio presente dei nostri reggitori, siano questi municipali o provinciali, o siano ministeriali.

Eppure, se riandiamo brevemente la storia, antichissimi troviamo gli esordi della patologia e della terapia femminile in Italia, e presso di noi troviamo la prima attuazione pratica delle più ardite operazioni di chirurgia muliebre, coronate dai migliori successi, e fatte segno al plauso del mondo medico e del consorzio umano.

Le più lontane traccie della ginecologia risalgono agli egiziani, e già le storie di Erodoto (L. 2, C. 24) affermano che presso loro qualche medico si occupava specialmente « delle parti che stanno attorno al bellico. » Dei 42 volumi della collezione del re Atotis uno è destinato alle malattie del sesso femminile, e si trova qualche nozione di certe malattie della donna e della loro cura nella Scrittura, nel Levitico e nella Genesi.

La medicina in quei tempi remoti era esercitata soltanto dai sacerdoti e dalle sacerdotesse, che consultavano e dettavano cure alle pazienti, col fascino misterioso degli oracoli, nei templi, di cui le mura e le colonne venivano coperte da descrizioni ingenue delle malattie, delle cure, delle guarigioni ottenute per grazia degli dei. È forse con queste iscrizioni che venne poi compilato il libro di Cleopatra, sacerdotessa e scrittrice romana, di cui Egineta (Paolo di Egina) riporta qualche brano, ricco di consigli pratici e terapeutici, e dove abbondano i dettami per conservare la salute e l'avvenenza.

I Greci tolsero dalla civiltà egizia le scoperte mediche e le abitudini, ed è pure colle iscrizioni dei templi di Efeso e di Coo, dedicati ad Esculapio, che il vero fondatore della ginecologia, Ippocrate, compilò ed arricchì delle proprie osservazioni i suoi libri

preziosi « delle malattie delle vergini » e « della natura della donna » i due « sulle malattie delle donne » e quello « delle sterili. » E non è vero che la terapia di Ippocrate si riducesse all'uso di pessari medicati: come appare chiaramente da' suoi scritti, erano già conosciute le condizioni anatomiche degli organi genitali, ed era in uso uno strumento speciale, dioptra, destinato all'esame delle parti profonde e del collo uterino: si conoscevano varie sorta di ulcerazioni del viscere, le atresie del collo, curate colla dilatazione mediante sonde e bastoncini di legno o di metallo; gli spostamenti in parte corretti meccanicamente; le endometriti, nelle quali si ricorreva alle irrigazioni intrauterine, che ricorda anche Galeno nel primo libro di Antillus (edizione 1529, pag. 70).

Galeno fu il più grande medico dell'antichità dopo Ippocrate: nacque a Pergamo nella Misia, e nel 163, all'età di 34 anni, passava a Roma, nella capitale del mondo, dove non tardò ad acquistare grande riputazione, ed a formare l'ammirazione, ed anche l'invidia, dei medici romani. È là che per stimolo di parecchi filosofi e distinti personaggi di stato apriva un corso di pubbliche lezioni di anatomia, per la quale era principalmente appassionato. Scrisse molto, e ne' suoi scritti descrive chiaramente uno specchio, dioptra, per la vagina, distinguendolo da uno simile per il retto. Lo speculum vaginale di Ippocrate e di Galeno, lo stesso forse trovato negli scavi di Pompei, non è che lo speculum moderno di Recamier, che lo richiamò a vita nel principio del secolo presente. Chè se al Recamier non appartiene l'invenzione, a torto attribuita, per l'obblio completo in cui era caduto, a lui però si deve il grande merito d'averlo introdotto nella pratica, modificato, e di averne estesa l'applicazione, segnando un bel passo nella diagnosi e nella cura delle malattie utero-vaginali.

Fra i medici antichi i quali si occuparono delle malattie delle donne vanno ricordati Aristotele, Discoride, che Dante chiama « il buono accoglitor del quale » Canto IV, *Inferno;* Areteo da Cappadoccia, Archigene, che esercitò in Roma nel principio del secondo secolo durante il regno di Traiano, de' cui scritti possediamo soltanto qualche frammento contenuto nelle opere di Galeno, di Ezio e di Oribasio; Celso, medico romano, contemporaneo di Orazio e di Ovidio, e di cui resta « il trattato della medicina » diviso in otto libri. È nel IV libro, capitolo 22, che parla delle malattie della matrice, e che si mostra realmente medico pratico,

contro l'opinione di chi ha congetturato essere soltanto filosofo-naturalista, intendente di medicina, e scrivesse di questa scienza come di parte dello scibile umano.

Nelle donne aveva trovato assai frequenti le malattie speciali « e l'utero, egli dice, dopo lo stomaco, è l'organo più soggetto a disturbi morbosi. »

Sorano, nativo di Efeso (138 dell'êra nostra?), esercitò la sua professione di medico, dopo che in Alessandria, in Roma, nei tempi di Traiano e di Adriano, e fu superiore ad ogni altro nello studio delle malattie delle donne, e di lui si hanno sempre tra le altre opere mediche quelle « dell'arte ostetrica e delle malattie delle donne, dell'utero e del pudendo muliebre » in cui si trova una delle migliori descrizioni anatomiche degli organi genitali femminili tramandateci dall' antichità, e che egli, a differenza dei predecessori, aveva studiato sul corpo umano. Viene quindi Ezio di Amida, che visse nel VI secolo; e Paolo d'Egina nella metà del VII, pratico molto accreditato presso gli arabi, che lo chiamavano l'ostetrico per antonomasia; e Moschione, che visse ai tempi di Nerone, esercitò in Roma (?), e scrisse un'opera assai stimata ed utile « de mulierum passionibus. »

Come si vede, la civiltà greca aveva portato i suoi lumi a Roma, e già nel secolo VI la ginecologia contava presso noi esimi cultori ed aveva raggiunto un alto grado. Ma fu allora per l'appunto, verso il VI secolo, che cominciò il lungo periodo di decadimento per la scienza nostra, e tale da far dimenticare le sue migliori scoperte e le tradizioni lasciate dagli antichi maestri.

Essa doveva i suoi esordi ai sacerdoti specialmente, e dagli indegni successori loro si ebbe poi la decadenza. La legge di Maometto veniva a proibire al nostro sesso di visitare gli organi genitali della donna, ed i medici cristiani, sacerdoti o bigotti, per mala interpretazione e per diversione dei grandi principii umanitari, considerando i genitali come organi soltanto peccaminosi, sdegnavano ogni cura, e se ne tenevano lontani, quando si trovavano in condizioni morbose. A tratti però non mancarono astri maggiori che cercarono di soffocare le superstizioni e le ipocrisie, e di spargere un po' di luce: lo vediamo in Arabia nell'XI secolo per opera di Rhazes, di Avicenna, di Albukasis (morto nel 1122), di Avenzoar (1179), e di « Averrois, che 'l gran comento feo » Dante (loc. cit.). Questi ebbe S. Tommaso per primo avversario delle sue dottrine, e di lui in Santa Caterina di Pisa

esiste un quadro storico, dove è atterrato da S. Tommaso. Con loro si chiude il periodo arabo, ed in seguito gli studi degli antichi andarono negletti e nulla si fece di nuovo.

Lo vediamo anche in Grecia, non meno che in Italia, dove l'ignoranza del medio evo fu massima nel nostro ramo, e fino al XVI secolo di rado sorse un pensiero od un fatto che valesse a gettare un lampo di luce in mezzo alle tenebre che invadevano tutto il mondo. Solo verso la metà del secolo XVI vediamo iniziato un periodo di risorgimento in Italia per opera di Alberto Bottoni, che professò a Padova, e fra gli altri trattati scrisse « de morbis mulierum »; per opera di Fracantiani, che pure professò a Padova fino al 1569; di Mercuriale, degno discepolo a quest'ultimo e degno successore alla stessa cattedra dal 1587 al 1592; autore di molte opere, che scrisse parecchie « de morbis muliebribus praelectiones (Basilea, 1582); » e nel secolo XVII l'opera del risorgimento veniva compiuta da Marcello Malpighi, bolognese, da Graf, da Ambrogio Pareo, da Sculteto, dal Vallisnieri (1761-1730) discepolo del grande Malpighi, di cui continuò l'indirizzo nello studio dell'anatomia e della fisiologia, quella compresa della generazione, nelle investigazioni sperimentali e pratiche, e soprattutto *nelle ricerche microscopiche,* cui nessuno, prima di Malpighi, era avvezzo.

E se tuttora non mancano i conservatori tenaci che ridono di siffatti mezzi di ricerche, pensiamo in mezzo a quanti sconforti e contro quanti ostacoli essi dovettero lottare in quei tempi.

Nè si possono tacere i nomi del Baglivi, il settore del cadavere di Malpighi, e del sommo Morgagni (nato nel 1682), il fondatore dell'anatomia patologica, che inaugurò il metodo più razionale delle indagini e dello studio delle malattie, mettendone in rapporto i sintomi riscontrati durante la vita col reperto necroscopico. Nella sua 48ª epistola trattò della dismenorrea membranosa, dei cistomi addominali in genere, e in specie di quelli dell'ovaia, di cui diede una classificazione.

Nel 1752 il Targioni-Tozzetti di Firenze riportò varie osservazioni relative ai tumori ovarici e per primo ne proponeva l'estirpazione, caldamente difesa dal Carlo Sacchi: il Cigna, l'Assalini, il Paletta (1817) ed il Monteggia contribuivano non poco al progresso della ginecologia.

Ed eccoci, Signori, al principio del corrente secolo, allorquando erroneamente veniva attribuita al Recamier la scoperta dello speculum, che da lui ebbe nuova vita.

Dalla mia rapida rassegna storica di ginecologia antica appare incontestabilmente che presso noi anche in tempi lontani non mancarono uomini sommi e speciali cultori di questo ramo; nè è al corrente secolo, ed ai giorni nostri che possiamo lamentare tale mancanza, ed arrossire di fronte alle nazioni estere; e lo provano i fatti presso noi compiuti. Fu il Monteggia, nel 1794, che primo consigliava l'esportazione dell'utero per la via della vagina, e che Palletta eseguiva già nel 1817, e fu a Faenza dall'Emiliani, che nel 1815 veniva eseguita la prima ovariotomia in Europa, all'insaputa di quella di Mac-Dowel in America nel 1809; per cui si può ben dire col Prof. Mazzoni, che l'ovariotomia non fu importata presso di noi,ma eseguita soltanto pel genio chirurgico dell'Emiliani.

L'Italia fu poi tardiva nell'accettare nella pratica comune siffatte operazioni da lei prima agitate e sperimentate, che tuttora menano tanto rumore, e solo nel 1858 il Vanzetti riusciva a riporre in onore l'ovariotomia presso noi: l'operosità e i trionfi ottenuti ultimamente anche nel campo della ginecologia dai nostri maestri valgano a compensare la sfiduciosa inerzia della prima metà del nostro secolo.

Ma se non mancarono presso noi uomini sommi e speciali cultori della ginecologia, egli non è men vero che ultimamente mancò l'unità di azione e lo sviluppo necessario nelle scuole e nelle cliniche; sonvi gli operai, mancano i laboratori; e sia lode a Firenze che prima in Italia accoglieva nella clinica ostetrica anche i casi di ginecologia e prima istituiva una scuola di ginecologia annessa a quella di ostetricia: la prima e l'unica che possa reggere al confronto delle migliori straniere, e che per l'energia e per il sapere del nostro maestro acquista sempreppiù fama e popolarità, con tanto vantaggio dell'umanità e della scienza. In prova del che valga uno sguardo dato al seguente prospetto del movimento clinico operativo della sezione ginecologica dello scorso anno 1883, e dell'anno corrente a tutt'oggi 16 marzo del 1884.

Entrate dal 1.° gennaio al 31 dicembre 1883

N. 226.

Nessuna malattia degli organi genitali. (Isterismo)	N. 8
Saborrea vulvare	» 1
Cloaca retto vulvare congenita	» 1
Fistola vescico-vaginale	» 1
Atresia vaginale congenita	» 2
Prolasso della parete vaginale anteriore . .	» 2
Cancro della vulva	» 5
Fungosità uretrale sulla parete posteriore .	» 1
Catarro vescicale	» 1
Deviazioni uterine prolasso	» 10
» » retroversione	» 5
» » antiflessione	» 1
» » retroflessione	» 2
Mobilità eccessiva dell' utero	» 1
Malattie infiammatorie (metriti, parametriti) .	» 72
Ipertrofia del collo.	» 1
Tumori benigni solidi (fibromi uterini, polipi, tumori intra-pelvici e sulla parete addominale	» 26
Carcinomi della vagina e dell'utero . . .	» 35
» del collo	» 11
» del collo e del corpo	» 3
Atrofia uterina	» 2
Ematocele retro-uterino	» 7
» peri-uterino	» 1
Metrorragie post-partum	» 1
Tumori cistici, o creduti tali	» 10
Cistomi ovarici { colloidei	» 3
Cistomi ovarici { dermoide	» 1
Lussazione dell' ovaio	» 2
Gravidanza extra-uterina	» 1
Epitelioma alla mammella	» 1
Rinviate perchè non affette da malattie utero-ovariche	» 8
Totale	N. 226

Atti operativi più rilevanti.

1.º *A scopo diagnostico.*

Punture esploratrici coll'apparecchio di Patain	N.	10
Idem per gravidanza extra-uterina . . .	»	1
Paracentesi	»	2
Laparatomie.	»	1
Dilatazione del collo uterino	»	2
Totale . .	N.	16

2.º *A scopo terapeutico.*

Esportazione di tumori dalla vulva . . .	N.	4
Sbrigliamento della vagina per atresia . .	»	1
Ricostituzione del setto retto-vulvare in difetto congenito	»	1
Pessario per prolasso vaginale	»	1
Dilatazione cruenta del collo	»	4
Medicazioni intrauterine	»	20
Idem previa dilatazione del collo	»	2
Raschiamento del collo uterino, seguito da cauterizzazioni col termo-cauterio Paquelin .	»	15
Idem vaginale	»	1
Cauterizzazioni punteggiate o parenchimali sul collo uterino col Paquelin.	»	20
Ablazione di tumori uterini solidi da parte della vagina.	»	6
Amputazione del collo ipertrofico	»	1
Idem canceroso	»	4
Ovariotomie.	»	8
Puntura aspiratrice per la vagina in ematocele retrouterino	»	1
Estirpazione di fungosità uretrale	»	1
Idem di tumore alla mammella.	»	1
Corrente elettrica in gravidanza extrauterinea	»	1
Totale . .	N.	92

Dunque nell'anno 1883 furono fatte 108 operazioni, senza tenere conto delle minori. Cifra alta, che non cede a quella delle migliori cliniche moderne, e che impone un lavoro ingente al personale sanitario di questo istituto, il quale, compresa la sezione ostetrica (donne e bambini), ha un movimento di oltre 1200 casi clinici all' anno.

Et crescit eundo, a decoro di Firenze e della Scuola cui sono veramente orgoglioso di appartenere; come prova la statistica dell' anno corrente, che qui vi riporto, e la cui chiusa è segnata da una ovariotomia per cistoma colloideo destro. La donna è in 12ª giornata dopo l'operazione, si alza da più giorni ed è perfettamente guarita (1).

Signori! Non voglio tediarvi maggiormente col riportare dati per provarvi l' operosità e i progressi incessanti di questa scuola, che voi seguite e conoscete bene in merito dell' assiduità intelligente che vi distingue. Mi pare invece più conveniente di richiamare un istante la vostra attenzione sopra un momento dell' atto operativo sopracitato e praticato in questo stesso anfiteatro alla presenza di parecchi tra voi sorteggiati. E questo non per la novità dell' atto operativo, entrato oramai nella pratica comune dei ginecologi provetti non meno che dei giovani, i quali in esso non schivano di sperimentare le prime armi; ma per l'importanza di un particolare, che in questo caso facilmente è sfuggito all'occhio dell'osservatore situato un po' a distanza dal letto operatorio, e che da uno scalpello non molto esperto avrebbe potuto avere le più disastrose conseguenze.

In una delle passate lezioni il nostro maestro parlando dell'applicazione del forcipe allo stretto superiore, enunciava un aforismo: « Nulla di più facile, soggiungeva, di una applicazione di

---

(1) Entrate dal 1 gennaio al 16 marzo 1884 N. 61.

Per malattia	dell'apparato vulvare	2
	della vagina	3
	del collo uterino	12
	del corpo	29
	dell'ovaio e annessi	11
Per itteria		4
		61

Operate { a scopo diagnostico 6
a scopo terapeutico 18, di cui l'ultima di ovariotomia.

Operate medicinalmente { a scopo diagnostico 3
a scopo terapeutico 21.

forcipe, allorchè è facile; nulla di più difficile, allorchè è difficile. » Quest'aforismo può trovare opportuna applicazione anche nell'ovariotomia. Tra le difficoltà possibili dell'ovariotomia vi sono quelle opposte dalle aderenze, che possono essere pelviche, viscerali, o parietali.

Le aderenze pelviche sono in generale le più gravi, perchè estese, tenaci, vascolarizzate, e nel sciogliere facilmente si producono lesioni sulle parti aderenti, sul retto, e facilmente danno luogo ad emorragia, per cui anche l'infezione consecutiva è frequente. — Si possono diagnosticare facilmente coll'esplorazione, e quando esistono, all'ingresso del catino si sentono masse dure, aderenti, che occupano i fornici e fissano l'utero, di cui seguono i movimenti sempre limitati, tanto che questo poco o punto può essere abbassato ancor quando venga afferrato con lunghe e robuste pinze. La vescica e il retto vengono disturbati nella loro funzione.

Al contrario le aderenze viscerali in generale sono poco estese, lasse, e facilmente vengono sciolte, anche se si estendono alle intestina; maggior gravità acquistano le epatiche, molto rare del resto e per gran fortuna.

Le aderenze parietali, le più frequenti ed anche le più estese, si formano preferibilmente ai dintorni del bellico, e le fanno riconoscere l'anamnesi, la nozione di ripetuti processi di peritonite parziale, la fissità della parete addominale sulla superficie anteriore del tumore; per cui riesce impossibile, colle mani applicate a piatto sul ventre, di far scorrere quella su questo, e manca quel senso di fremito vibratorio, che pel Koeberle è indizio di difetto d'aderenze.

Voi ricordate che nel caso nostro sopracitato, le aderenze alla parete addominale erano state prevedute, ma non quali si mostrarono al letto operatorio. Dall'incisione cutanea, fatta nel luogo di elezione, si arrivò, incidendo strato a strato, sul peritoneo parietale, che era assai fittamente aderente alla parete della cisti, tanto che non riusciva a sollevarsi in piccole pieghe colla pinza. Aveva un aspetto grigiastro, lucente, madreperlaceo, ed era solcato da una fina rete vascolare, cosicchè assai facilmente si sarebbe potuto scambiare colla parete stessa della cisti, errore le cui conseguenze lascio pensare a voi, quando avesse guidato allo scollamento del peritoneo parietale dalle pareti addominali, cosa, del resto, che è già accaduta ad operatori provetti e non nuovi nell'atto operatorio in discorso.

Afferrato il peritoneo con un piccolo uncino acuto, si riesce a separare con piccoli tagli la pagina peritoneale dalla sottoposta cisti per buon tratto, e se ne completa poi il distacco colle dita e colla mano.

Il resto vi è noto, nè io voglio intrattenervi maggiormente ed abusare troppo della cortesia vostra (1). Così dalle più antiche traccie della ginecologia siamo arrivati con rapidità quasi vertiginosa alla sua nota più recente per noi, propria della scuola, e, direbbe un buon politicante, di attualità palpitante.

Signori!

Con questo vi dò la mia carta di visita, che è semplice, muta, mentre vorrei v'annunciasse mille cose.... Se al finire di questo corso potrò farmi la convinzione d'esservi stato alquanto utile e di avervi aperta e facilitata la via nell'acquisto delle cognizioni prime ed indispensabili per l'esercizio dell'arte nostra, avrò in questo la sola e migliore soddisfazione a cui agogno — e il conforto migliore nelle sventure di cui è ricca la mia vita.

OSSERVAZIONE

Cistoma colloideo dell'ovario destro
Ovariotomia — Guarigione.

Anna Bruni, dell'età di 52 anni, nubile, domestica, non conta antecedenti gentilizi. Fu mestruata la prima volta a 16 anni: regolari le successive mestruazioni che cessavano definitivamente tre anni or sono; sofferse di vaiuolo all'età di 9 anni: nessun'altra malattia nel corso della sua vita, fino a quella che l'affligge presentemente, e di cui non sa precisare l'esordio. Assicura per altro che da più di un anno s'accorse di un'intumescenza alla regione del basso ventre, dove avvertiva ed avverte un senso di stiramento, che si fa sempre più fastidioso.

Nell'agosto ultimo (1883), sette mesi dopo che la paziente si era

---

(1) Vedi osservazione.

accorta di quella intumescenza, fu presa da dolori vivi alla regione ipogastrica, ai dintorni del bellico, alla regione lombare; contemporaneamente gli arti inferiori si facevano notevolmente edematosi, per cui si decise a ricorrere ad un sanitario che le prescriveva qualche rimedio internamente (ioduro di potassio?) ed applicazioni di cataplasmi sul ventre. Qualche giorno dopo l'edema era scomparso, il dolore diminuito, e la donna si alzava dal letto.

Nel dicembre (1883) era presa da metrorragia sopravvenuta dopo lavori faticosi cui era data per necessità di vita; ricomparivano i dolori attorno al bellico, e vi si aggiungeva affanno di respiro, e tenesmo vescicale. Ultimamente, spinta dal bisogno di trovare sollievo alle sue sofferenze, cercava ricovero in questa clinica ginecologica, dove era accolta il 22 gennaio.

L'esame praticato la prima volta dal professore Chiara porta la data del 23 gennaio: è donna intelligente, di media statura, di buona conformazione scheletrica, magra, anemica, come lo rivela il colore pallido terreo della cute, e il pallore delle mucose: è caratteristica l'espressione del volto, per l'impronta di patimento e di apprensione che è propria di chi porta tumori ovarici. Il ventre è voluminoso, di forma sferoidale, sporgente in avanti ed in alto; la linea media addominale è notevolmente pigmentata; la cicatrice ombelicale appianata; dilatate le vene sottocutanee addominali, che formano una rete a larghe maglie. Il tumore addominale è teso, resistente; la palpazione non desta dolore: è distinta la fluttuazione in tutta la parte superiore, meno in basso al disopra dell'arcata pubica, dove si sente un corpo solido, a superficie irregolare, di figura ovalare, col massimo diametro in senso trasversale, estendentesi quasi dall'una all'altra spina iliaca anteriore superiore, e dell' altezza di circa sei centimetri. Fra questo corpo e il margine superiore dell' arcata pubica non si riesce ad infossare la mano. La linea di ottusità descrive in alto una curva a concavità inferiore; facendo giacere la donna sui fianchi si ottiene sonorità timpanica agli ipocondri, al disotto degli archi costali e lateralmente.

Le misure prese, stando la donna a giacere supina, davano:

Circonferenza addominale, a tre dita al di sopra del bellico	cm.	91 —
Circonferenza ombelicale	»	94 —
» sotto-ombelicale	»	94.50

Dalla punta sternale al pube . . . . . cm. 40.50
Dal pube al bellico . . . . . » 22.50
Dal bellico alla spina iliaca anteriore superiore sinistra . . . . . » 25.50
Dal bellico alla spina iliaca superiore anteriore destra . . . . . » 22.50

Col riscontro vaginale si sente la vagina stretta, l'utero piccolo per atrofia senile, in retro-versione, l'orificio ristretto: attraverso al fornice vaginale posteriore si avverte un tumore, liscio, tondeggiante; non fluttuazione. La cavità uterina misura poco più di 1 cm. — Nulla di notevele per ciò che riguarda l'urina.

La donna è sottoposta ad una cura ricostituente, all'uso del ferro e del liquore arsenicale del Fowler, e ne trae vantaggio in breve tempo.

Il 9 febbraio le veniva praticata una puntura esploratrice, e questa sulla linea mediana, tre cm. al di sotto del bellico; coll'aspiratore Potain si estraevano cinque litri di un liquido di colore verdastro, denso, filante contenente discreta quantità di albumina, qualche globulo sanguigno alterato, cellule granulose, e sostanza colloidea.

Prima della puntura e dell'aspirazione, la misurazione dava:

Circonferenza ombelicale . . . . . cm. 94
» sotto-ombelicale . . . . » 92
» sopra-ombelicale . . . . » 93
Dalla punta sternale al pube . . . . . » 42
Dal pube al bellico . . . . . » 23
Dal bellico alla spina iliaca anteriore superiore sinistra . . . . . » 26
Dal bellico alla spina iliaca anteriore superiore destra . . . . . » 23.50

Subito dopo la puntura si aveva:

Circonferenza ombelicale . . . . . cm. 88
» sotto-ombelicale . . . . » 84
Distanza xifo-pubica . . . . . » 38
Dalla spina iliaca anteriore superiore destra al bellico . . . . . » 20
Dalla spina iliaca anteriore superiore sinistra al bellico . . . . . » 20

Si fece diagnosi di cistoma ovarico colloideo, con aderenze specialmente ai dintorni del bellico; non si potè dire quale ne fosse il punto di origine, cioè se dall'ovario destro o dal sinistro.

Dopo l'aspirazione praticata il 9 febbraio, l'accrescimento del tumore procedette regolare, ma abbastanza rapidamente come lo mostrano le misure prese il 4 marzo, che sono:

Circonferenza ombelicale	cm.	94
» sotto-ombelicale	»	91. 50
» sopra-ombelicale	»	93
Dalla punta sternale al pube	»	42. 50
Dal pube al bellico	»	23
Dal bellico alla spina iliaca anteriore superiore destra	»	23. 50
Dal bellico alla spina iliaca anteriore superiore sinistra	»	24

La donna, molestata dalla presenza del tumore, accettava di buon animo l'operazione proposta, che veniva eseguita il 4 marzo alle ore 3 pom. nell'anfiteatro della scuola, convenientemente riscaldato (24° centig.): operò il professore Chiara, assistito dal personale sanitario della clinica: erano presenti dieci allievi laureandi e parecchi colleghi.

Fatta un'incisione cutanea sulla linea mediana, della lunghezza di 10 cm. partendo da 8 cm. al disotto del bellico, si arriva, incidendo strato a strato, sul tessuto cellulare preperitoneale, e quindi sul peritoneo parietale. Questo è fittamente aderente alla parete della cisti; ha un aspetto grigiastro, lucente, madreperlaceo; è solcato da una fina rete vascolare, e mette un istante in dubbio se non si era già arrivati sulla parete della cisti, dubbio che presto viene tolto, perchè afferrato il peritoneo con un piccolo uncino acuto, si riesce a separare con piccoli tagli la pagina peritoneale dalla sottoposta cisti per buon tratto, e se ne completa poi il distacco colle dita e colla mano.

Nella sua parte più alta la cisti è libera da aderenze. Viene punta col trequarti di Spencer Wells, e ne esce liquido spesso, di colore chiaro tanto denso da chiudere il tubo di emissione; per cui si è costretti a levare il trequarti, e continuare lo svuotamento premendo colle mani sulle pareti addominali, e più sui lati della ferita, per impedire il passaggio del liquido nella cavità peritoneale. Estratta

la cisti (non senza qualche difficoltà per sciogliere le aderenze inferiori, massime dal lato sinistro, poco vascolarizzate del resto) apparve il peduncolo lungo e discretamente largo, innestato sull'ovario destro. Viene stretto col costrittore del Cintrat, al disotto del quale si lega il peduncolo con doppio nodo di seta. Tolto il costrittore, si regolarizza il moncone che si affonda, dopo averlo leggermente toccato col termocauterio del Pacquelin.

Lavato diligentemente il cavo peritoneale, si riunisce la ferita con la sutura a punti staccati superficiale e profonda con seta; all'angolo inferiore si lascia un tubo di vetro per drenaggio e si fa la medicatura col metodo Lister, soprapponendo al ventre un cuscinetto di migliarola. La donna sopportò molto bene l'atto operativo che durò 45 minuti.

La cisti è moltiloculare, di forma sferica: nelle diverse loggie il liquido ha colore diverso, ed in alcune è quasi nero; e mentre nelle cisti maggiori si trovava un contenuto spesso, filante, e di colore scuro, in quelle più piccole vi era invece un liquido chiaro, limpido come siero e molto meno filante. Nella parte inferiore, corrispondente alla regione ipogastrica, il tumore è costituito da una massa solida nella cui massa si trovano numerose cisti di varia grossezza. L'esame microscopico praticato dal professore Baiardi dimostrava che la parete della cisti era formata da tessuto connettivo compatto, fra i cui fasci per lo più larghi, splendenti e variamente intrecciati, esistevano numerose cellule connettive fisse. Presso la superficie interna della parete si osservava invece un' abbondante infiltrazione di cellule rotonde ed ovali, grandi, e ripiene di granuli di pigmento del sangue, cosicchè non riusciva possibile di distinguere nella maggior parte di esse la presenza di un nucleo. Queste cellule formavano uno strato continuo, più o meno spesso, che tappezzava la faccia interna della parete, la quale è riccamente vascolarizzata. I vasi che decorrono nel suo spessore sono piccole vene e piccole arterie con pareti robuste e vasi capillari di nuova formazione. Questi ultimi sono numerosissimi presso la superficie interna, nella quale formano anse come i vasi capillari di una superficie limitata da tessuto di granulazione. In alcune parti dove la parete ha raggiunto uno spessore di 3-4 cm., la quantità dei vasi venosi ed arteriosi è così grande, che la parete acquista l'aspetto di un vero tessuto cavernoso. La superficie interna delle grandi loggie non presenta più traccie di epitelio; invecie le piccole

cisti sporgenti dalle pareti della cisti madre sono tappezzate da un elegante epitelio cilindrico.

Due ore dopo l'operazione la donna era in condizioni buonissime, con 37° di temperatura e 82 pulsazioni, e regolare procede l' andamento consecutivo, di cui riporto qui un breve specchietto.

Marzo 5	mattina	T. 37	P. 88	R. 24
	sera	T. 37,6	P. 94	R. 30

Nessun fenomeno di rilievo: si cambia la medicatura; la ferita ha bell'aspetto; dal tubo di drenaggio esce poco liquido sieroso roseo.

6	mattina	T. 37,4	P. 94	R. 82
	sera	T. 38	P. 96	R. 38

Al primo tubo di drenaggio si sostituisce un secondo di vetro più piccolo e più corto: si lava la cavità con soluzione fenica allungata, e in seguito si ha qualche leggiero sintomo per assorbimento fenico:

7	mattina	T. 36,8	P. 90	R. 26
	sera	T. 37,2	P. 90	R. 25

Si rinnova la medicatura: esce dal tubo poco liquido sieroso.

8	mattina	T. 37,4	P. 80	R. 24
	sera	T. 37	P. 78	R. 24
9	mattina	T. 36,8	P. 70	R. 22
	sera	T. 37,8	P. 80	R. 22

Si cambia la medicatura, e al tubo di vetro si sostiuisce un tubo di drenaggio in gomma, lungo 6 cm.

10	mattina	T. 36,5	P. 88	R. 22
	sera	T. 37,6	P. 98	R. 24

Si cambia la medicatura e si raccorcia il tubo di drenaggio.

11	mattina	T. 37	P. 80	R. 20
	sera	T. 37	P. 84	R. 20

Si tolgono i punti di sutura, meno l'ultimo all'angolo inferiore della ferita; le labbra di questa hanno aderito regolarmente. Si raccorcia il tubo di drenaggio, e si fa una medicatura semplice.

12	mattina	T. 37	P. 64	R. 20
	sera	T. 37	P. 68	R. 19

Si toglie il tubo di drenaggio e l' ultimo punto di sutura; e tre giorni dopo la cicatrizzazione era completa; l'angolo inferiore della ferita, coperto da granulazioni rosee.

La donna lasciava la clinica in ottime condizioni verso la fine di marzo.

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze
diretto dal Cav. Prof. D. CHIARA

CASISTICA OSTETRICA

RACCOLTA
dal Dott. MARCELLO NAMIAS
(del corso di perfezionamento)

I.

Emorragia molto precoce e consecutivo aborto da placenta previa.

Il 14 gennaio u. s. venne accolta nell'Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze Ma.... Ber...., di anni 30, di S. Marcello, donna di corporatura molto sviluppata, anemica.

Mestruò la prima volta a 14 anni con dolori intensi, che si ripeterono più o meno forti, per tutto il tempo in cui fu nubile, al presentarsi di ogni ricorrenza mensile. Le purghe duravano circa tre giorni, erano scarse. Maritata a.... anni si regolarizzò la funzione mestrua. Fu gestante sette volte: il primo parto fu a termine e fisiologico, abortivo il secondo a tre mesi circa, e seguito da emorragie rinnovatesi più o meno abbondanti per 40 dì dallo sgravio; il 3°, 4° e 5° furono fisiologici, il 6° per soprappiù gemellare, il 7° pure fisiologico. Allattò essa i suoi bambini, e per 11 a 12 mesi.

All'ultimo allattamento scontò una mastite destra suppurata. La Ber...., fino al maggio 1883, non aveva mai sofferto malattie che toccassero l'apparecchio sessuale. Fu allora che cominciò ad essere tormentata da leucorrea abbondante, da dolori lombari,

che in agosto si erano fatti veramente insoffribili, a tale che, vinta la vergogna che fin allora l'aveva ritenuta, ricorse per consiglio al medico, che dichiarò la malattia infiammatoria, e le prescrisse alcune injezioni vaginali nonchè delle pillole. Poco tempo appresso si presentò allo stesso medico perchè la leucorrea non era punto diminuita e i dolori s'erano anche estesi all'ipogastrio. In quel giorno con parole vaghe sentì parlarsi di malattia al collo dell'utero. Consigliata verso la fine d'ottobre a cercare il parere di persona autorevole in fatto di malattie sessuali femminee, si diresse al Prof. Chiara.

Egli trovò qualche resistenza nei fornici vaginali, il corpo alquanto aumentato di volume, e sul collo, un po' rammollito, alcune chiazze rosso vivo, granulose e sanguinanti. Le consigliò la cura delle granulazioni che venne intrapresa da un medico di Firenze, con tocchi di nitrato d'argento. Questa terapia migliorò la condizione patologica locale, benchè la leucorrea non fosse del tutto scomparsa, e da bianca si fosse fatta gialliccia e qualche volta striata di sangue. Le mestruazioni erano state regolari fino al settembre, quando nell'ottobre apparirono più scarse dell'usato, scarse assai. Tali furono anche nel novembre, verso la prima settimana del mese. Il 18 novembre e senza causa apprezzabile, fu colta da abbondante emorragia con espulsione di grumi, arrestatasi soltanto dopo tre ore ed in seguito a cauterizzazioni. Ma erano passati solo alcuni dì e l'emorragia s'avviò di nuovo, non però con carattere imponente; fu cauterizzata ancora e se ebbe allora sospesa l'emorragia, ciò non tolse che al più ogni otto dì macchiasse ancora vari panni di sangue. Sopportò per oltre un mese questo suo stato, poi ricorse al medico di Firenze che l'aveva curata dalle granulazioni. Egli al riscontro genitale trovò le condizioni del collo buone, l'utero ingrossato come circa una grossa arancia: forse col sospetto o d'un tumore o d'una metrite (la donna è separata dal marito da molti mesi), indirizzò la paziente alla maternità. Avendo le perdite sanguigne rosso vive continuato a ripresentarsi ogni 4 o 5 dì, o con intervallo non molto maggiore, persistendo i dolori lombari e irradiandosi dalla fossa iliaca sinistra sino al costato, finalmente decise di entrare nell' Istituto.

Ecco in riassunto le particolarità più notevoli all' esame della donna.

La linea alba addominale è pigmentata marcatamente, le mam-

melle sono turgide, con molto tessuto glandulare, pigmentata assai l'areola primitiva, appena distinta la secondaria. Alla palpazione del ventre s'incontra una resistenza nella metà sua inferiore, occupante lo spazio che corre dal pube sino a circa un dito sotto la cicatrice ombelicale. Questa resistenza ha superficie regolare, ma non precisabile nella forma; appare spostabile dall'uno all'altro lato, è talora dolente al tatto, dà risonanza ottusa. Nel quadrante inferiore di sinistra si nota soffio uterino. Ascoltando, pare di percepire qualche movimento attivo. — Cinque o sei dì dopo l'ingresso si riesce ad avvertire al disopra della branca destra del pube un rumore molto profondo simile al battito cardiaco fetale: due giorni da poi, la sensazione è nettissima alla metà della linea che unisce la cicatrice ombelicale alla sinfisi pubica.

Riferire questi dati equivale a fare diagnosi di gravidanza verso la fine del quinto mese. Il riscontro digito-vaginale permette di apprezzare le pareti vaginali liscie, i parametriti liberi, il collo piuttosto grosso, rammollito lievemente e superficialmente senza escoriazioni, la bocca non permeabile al polpastrello del dito; attraverso i fornici si sente il segmento inferiore dell'utero più convesso, aumentato di volume, resistente uniformemente a destra, meno, e con un senso di incerta pastosità, a sinistra.

Al palpamento bimanuale s'avverte che l'utero aumentato considerevolmente di volume, e più pesante del normale, è in un tutto col tumore notato dall'esterno, e non essendovi altra tumefazione all'intorno, si fissa il concetto che il tumore sia l'utero stesso gravido.

Ma questo era un sol passo.

La donna nel pomeriggio del giorno stesso in cui fu accolta nella Clinica ebbe a perdere 150 grm. circa di sangue e si credette opportuno applicare un tampone imbevuto in acqua Pagliari contro il collo dell'utero, donde veniva il sangue, occupando poi la vagina con altri tamponi asciutti. L'indomani mattina vennero estratti; ma tosto la sera un'altra lieve emorragia consigliò, per non abbattere troppo la donna già anemica, a ripetere il tamponamento. Il risultato fu buono ancora questa volta. A tale punto poichè il collo normale non era cagione delle perdite sanguigne, si ammise provenissero dal cavo uterino, confortando a ritenere ciò i dolori provati dalla donna in corrispondenza dell'utero. Quanto alle emorragie che avevano spossato la

donna dal 18 novembre fino al suo ingresso in Clinica, perchè o le granulazioni del collo o le abrasioni non danno emorragie intermittenti e così abbondanti come quelle a cui fu soggetta la Ber..., e il medico di Firenze che l' ebbe a visitare circa tre settimane prima che venisse ricevuta nell' Istituto trovò il collo uterino normale, mentre sappiamo già che verso il novembre erano molto migliorate le granulazioni, si ritennero provenienti dalla stessa fonte di quelle a cui si ebbe agio di assistere. S' aggiunga questa considerazione, che se al medico di Firenze fossero sfuggite granulazioni o abrasioni occupanti il collo quando consigliò la malata a portarsi in Clinica, siccome e nessuna cura venne fatta e le emorragie continuarono, quando la condizione patologica del collo avesse esistito sarebbe ancora stata manifesta all'esame nella Clinica stessa.

A spiegare il fenomeno morboso prima di ogni altro s'affacciò alla mente il pensiero che si trattasse di emorragie da placenta previa. Conseguenza della supposizione fu il ritenere la donna più o meno vicina al pericolo d'aborto, e perciò venne mantenuta sempre in letto. Si cercò ovviare ai dolori lombari e addominali con clisteri laudanizzati, con pillole d'oppio, con injezioni ipodermiche di morfina, e qualche buon effetto s'ebbe, ma all'ottavo dì essi insorsero più vivi, presentando la qualità, la durata, l'intermittenza dei dolori uterini, e al mattino per tempissimo vennero espulsi di vagina, insieme a sangue liquido, due grossi grumi. Calmarono lievemente i dolori lungo il giorno, ma eccoli sopraggiunti la sera, insistere gravemente la notte accompagnandosi a stillicidio piuttosto abbondante di sangue. Nella notte stessa verso il tocco si verificarono movimenti convulsivi generali di breve durata, e si ripeterono al mattino. Dal nono al decimo giorno parve concedessero un po' di tregua i dolori e le perdite sanguigne. L'orifizio esterno dell'utero persistè chiuso, la donna restò solo indebolita, ma sempre apiretica. Ma all'undecimo giorno vennero in scena nuovi dolori, nuove emorragie, e l'utero divenne intollerante del palpamento anche leggiero. Non fu più possibile avvertire il battito cardiaco fetale, e la donna interrogata ripetutamente disse di non accorgersi più da un giorno dei moti fetali, che da una settimana ella apprezzava distinti. Al dodicesimo giorno cessò lo scolo, scomparvero affatto i dolori. Ma al sopravvenire della notte si fu da capo coi dolori intensi e colle perdite. Il mattino del 26 gennaio, all' esplorazione il collo ram-

mollito lasciò penetrare l'apice del dito: i dolori accompagnati da poco stillicidio di sangue continuarono lungo il giorno. La notte passò abbastanza bene, ma il 27 vennero in campo ancora i dolori e le perdite. Al mattino il dito potè penetrare in tutto il collo, al pomeriggio si passava l'orifizio interno; si avvertiva una pastosità depressibile contro il dito stesso e verso la metà sinistra del segmento inferiore; verso destra appena si toccava un corpo fluttuante giudicato il sacco amniotico. Attraverso il fornice di destra si notava un corpo resistente, regolare, probabilmente la testa. Continuarono le perdite e i dolori si fecero più intensi; si praticò una docciatura vaginale calda: il collo graduatamente s'accorciò e si dilatò, ed alle 12,35 ant. del 28 con una dilatazione di 5 ctm. si ruppero spontaneamente le membrane. Rompersi il sacco, espellersi gli annessi fetali, seguiti dal feto, fu l'opera quasi d'un solo momento.

Il feto è di sesso femminino. Misura dal vertice al bellico 150 millimetri, dal bellico ai talloni millimetri 120, in tutto 270 millimetri. Peso 250 grammi. È vivo e tale resta per 5 minuti. Gli annessi fetali pesano 280 grammi. Sulla superficie uterina della placenta, estesa poco più di uno scudo, è un'area rosso bruno con coaguli aderenti: per la sua parte esterna essa è al margine della placenta stessa. Dopo il parto la temperatura della donna è normale e tale si conserva da poi. Nei primi tre dì di puerperio dolentezza al ventre, utero ben contratto; al quarto giorno lochiazione siero-sanguigna, ventre cedevole. Perdurando buone condizioni generali, essendo la lochiazione sierosa, inodora, scarsissima, l'utero contratto sempre, benchè ancora toccasse al disopra del pube circa 2 dita, poichè la donna insisteva per uscire di Clinica, si congedò al 10° giorno di puerperio.

Confermato dal peso e dalle misure che il prodotto del concepimento quando venne espulso toccava la fine del quinto mese, se si risale alla sua età al 18 novembre, lo si trova di due mesi e mezzo. A due mesi e mezzo dunque cominciarono le emorragie da placenta previa marginale.

Ecco in complesso tutto quel che mostra la prolissa istoria narrata. Questo fatto non è tra i frequenti.

Dando uno sguardo alle statistiche che parlano dell'epoca in cui si verifica la prima emorragia per placenta previa, si trova, ad es., che in 98 casi raccolti dal Simpson la prima emorragia comparve tre volte prima del sesto mese, 5 volte dal 6° al 7°;

19 volte dal 7° all'8°; 43 volte nel 9° mese. Il Depaul in 70 casi ne conta uno solo prima del 6° mese; 7 dal 6° al 7°; 12 dal 7° all'8°; 26 dall'8° al 9°. A termine, o presso, 24.

Il Glscynski su 90 casi ne ha uno solo al 4° mese. Il Muller che ha riuniti 372 casi, dalla 12ª alla 16ª settimana non ha trovato neppure una volta emorragia da inserzione marginale della placenta, due volte solo in casi di inserzione laterale; dalla 16ª alla 20ª settimana ne segna 5 in placenta marginale e 5 in laterale: del resto cresce la frequenza nelle altre settimane; è maggiore all'ultimo mese, maggiore ancora che all'apparire dei primi dolori.

Tutt'insieme si può dubitare che in questi 622 casi non una volta l'emorragia prima sia stata così precoce come quella di cui ho tenuto parola, poichè è logico credere che se ne sarebbe fatto nota speciale.

Non escludo però che altri osservatori, a me ignoti, possano aver raccolto qualche caso analogo a quello accennato.

La storia in discorso può forse ricordare qualche cosa. Le emorragie benchè abbondanti e ripetute, se anemizzano la donna sino a dare movimenti convulsivi (e credo che di quelli presentati dalla donna s'abbia a trovare ragione nelle emorragie medesime), permettono continui la gestazione e la vita del feto per varii mesi. Dal fatto che il battito cardiaco non si riesca più a rintracciare dopo ripetute emorragie, ad esame accurato, dalle asserzioni della donna che collimano a far credere soppressi i movimenti attivi, non si può trarre per conseguenza che il feto sia morto, non si è autorizzati a provocare l'aborto, se le condizioni della donna permettono il progredire della gestazione.

Appendice.

Lo stesso giorno in cui mi veniva consegnato il manoscritto relativo alla storia suesposta, ero chiamato fuori di città per visitare una gravida verso la fine del 4° mese che, dicevamisi, presentava qualche cosa di fenomenale. Accorso, trovai una pluripara (5 gravidanze pregresse), che rimasta incinta durante l'allattamento dell'ultimo bambino, era giunta senza disturbi di sorta sino al fine della 2ª decade del 4° mese, quando improvvisamente sentì fluire acqua dalla vagina, ora sola, ora mista con

sangue. Il riscontro digito vaginale rilevò una dilatazione di circa 2 ctm. del condotto cervico uterino e l'orifizio interno ricoperto da tessuto placentare tutto in giro; la placenta sentivasi staccata verso sinistra donde doveva fluire il liquido amniotico: giudicai l'aborto inevitabile a non lunga scadenza e consigliai favorirlo con lo zaffamento vaginale; 4 giorni più tardi il medico procedeva alla estrazione manuale della placenta e del feto per porre termine alla emorragia; puerperio buono.

24 *febbraio* 1884.

Prof. D. Chiara.

II.

Febbre a decorso irregolare in puerperio: processo puerperale o tifico?

La nubile Annunziatina....., d'anni 23, entrò nell'Ospizio di Maternità il 22 novembre 1883. Mestruata la prima volta a 17 anni con qualche dolore, ebbe una sospensione nelle purghe di quattro mesi, dopo la quale, fino a che concepì, esse si ripresentarono un po' irregolari per epoca, sempre piuttosto scarse, qualche volta accompagnate da dolori uterini.

Poco o nulla d'interessante tra i dati anamnestici: ammalò di scarlattina a 10 anni, ad 11 di rosalia.

Abituata sempre a vita faticosa, si nutrì sufficientemente, ed ha l'aspetto di florida salute.

Venne accolta per gravidanza endouterina in primipara verso la 33ª settimana. Vertice in O. I. S. T. Pelvi normale se si toglie un'inclinazione esagerata dell'arco anteriore di essa. Esordito il travaglio il 17 dicembre, alle 7 ant., si punsero le membrane alle 5 essendo l'orificio uterino a dilatazione completa, la testa nello scavo non ruotata. Dopo due ore nessun vantaggio dalle contrazioni, testa molto ossificata; applicazione diretta del Denmann con episiotomia, liberazione della donna. Dopo il parto la donna si trova bene. T. 37, P. 70, R. 22.

Fino al 4° giorno benessere completo; la lochiazione s'è fatta un po' rosea, ventre cedevole, utero ben contratto, funzione orinaria normale. Persistendo l'alvo chiuso, al 4° giorno un clistere. In 5ª giornata un'abbondante evacuazione: nello stesso dì leggiere escoriazioni al capezzolo fanno allontanare il poppante.

L'utero persiste ben contratto, ma la T. che al mattino toccava 38,3 con P. 80 ed R. 20, a sera è giunta a 39,2 con P. 100 ed R. 24. I lochi non sono fetenti, l'addome è indolente, tuttavia si pratica un'irrigazione endouterina fenicata. La donna riposa bene la notte, al mattino sta bene. T. 37,8, P. 86, R. 22, le escoriazioni sono migliorate. Lungo il giorno nulla di particolare, se non che verso le 4 pom. T. è 38,7; alle 9 però non giunge che a 37,9. Si spera che le cose sieno tornate normali, e dell'iperpiressia in 5ª giornata si cerca cagione nell'escoriazione dei capezzoli. Ma il mattino del 7º giorno la nostra attenzione è risvegliata da un brivido intenso della durata di 5 minuti, subito dopo il quale T. 40, P. 96, R. 28. La donna accusa solo qualche dolore al ventre, l'utero è contratto bene, i lochi sanguinolenti mandano appena fetore: si pratica ancora un'irrigazione endouterina. A sera T. 39,4, P. 100, R. 28. La notte passa bene, il mattino serbandosi soltanto pochissimo fetenti i lochi, T. è scesa a 36,8 con P. 72, R. 24. Si amministra 1 gr. di chinina. La giornata corre buona, la sera T. 36,5, P. 68, R. 20. In questo o nel precedente giorno una non abbondante epistassi.

Il mattino del 10º dì apiressia perdurante la sera verso le 4, ma poi la donna si lamenta di calore, è accesa in viso, ha dolore al capo e ad ore 9 T. è 39,7.

Il ventre è trattabile, indolente, solo i lochi sono un po' fetenti e siero-sanguigni. Normali le defecazioni alvine e la funzione urinaria. Il riscontro digito-vaginale dà risultato negativo. Il mattino seguente però la T. è ancora discesa a 37,5, P. 76, R. 22, benchè nella notte la donna sia stata molestata da qualche dolore intestinale. Due defecazioni poco formate lungo il giorno. La sera ecco di nuovo e senza brivido T. 39 che ancora dura dopo 5 ore. Il domani si amministra un gr. di chinina in due ore benchè la T. sia normale, e nulla si offra di patologico nello stato della puerpera: così è al 12º, al 13º, al 14º e sino al mattino del 15º dì. Ma nello stesso giorno 15º per un male inteso l'Annunziatina si alza, e mentre il mattino il termometro segnava 37,2, la sera arriva al 38,8. La notte passa però bene e il mattino seguente non si nota alcun che fuor di un lieve dolore alla fossa iliaca sinistra dove corrisponde una resistenza vaga. T. 36,8, P. 74, R. 18. Polso buono, respiro libero. Senza nessuna terapia il 17º mattino torna l'apiressia (36,8) solo persiste lieve dolore iliaco: da due giorni mancano evacuazioni. La sera con un brivido di un'ora si toccano

i 38,8 per tornare al mattino appresso a 36,8; si amministra 1 gr. di chinina, ma ancora alle 4 pom. la T. è di 39,2. P. 90, R. 24.

Di questo passo con remissioni mattutine, varie volte anche sino al normale, la donna alla sera si trova con febbre che va crescendo sino al 24° dì a 40,5; di raro brividi segnano l'elevarsi della T. Il dolore alla fossa iliaca perdura, il ventre si fa meteorico e tutto in leggier grado dolente alla pressione, specialmente poi verso il 22° dì, e la stipsi cessa per dar luogo lentamente a una, a due, a tre defecazioni per giorno, liquide, giallastre assai fetenti. La malata verso il 24° dì è soporosa profondamente, non si muove dal decubito dorsale, chiamata, risponde con fatica aprendo gli occhi sonnolenti, e talora non ci s'accorge che essa percepisca. Le labbra vengono facendosi secche ed un giorno si poterono anche vedere i denti fuligginosi; l'alito allora era assai fetente (qual giorno?). La lingua addiviene tremula. Scorrono alcuni giorni ed ecco apparire sulla scena tremiti muscolari degli arti superiori ed inferiori, i quali vengono allo stesso tempo scossi a sbalzi da movimenti incoordinati e sussultori.

Queste contrazioni colpiscono a preferenza le braccia e meglio ancora il destro, presentandosi talora carfologiche.

La donna sotto questi attacchi chiude gli occhi semispenti, ed il respiro è interrotto, breve, come sotto un accesso convulsivo: dopo un minuto o poco più, al loro dileguarsi, la paziente solleva le palpebre e si guarda alcun po' attorno: qualche volta solo dopo pochi minuti si ripete la scena, mentre chiamata, toccata, la paziente non dà segno di avvertire tali eccitazioni. Più innanzi però disse che allora non aveva perduto la conoscenza di quanto la circondava, che sentiva d'esser chiamata, ma non poteva parlare. Se interrogata, qualche momento in cui è tranquilla, dà taluna risposta a monosillabi o parole sconnesse.

Dal 24° dì, in cui tocca il culmine, T. si conserva alta mattina e sera, e se si tolgono un 38,7 ed un 38,5, T. passa sempre il 39° ed una volta anche il 40°, sino al 32° giorno. Continuano i dolori addominali ed il meteorismo. Si cerca delimitare l'area epatica e la splenica e non si riscontrano ad un esame, non invero assai minuto, aumentato. Dichiaro però di non essere stato diligente a ripetere gli esami, per diverse ragioni che non è qui luogo di accennare: non vorrei, nè potrei oppormi coscienziosamente a chi mi dicesse che fegato e milza erano aumentati di volume.

Dopo avere fino allora usato e chinina e salicilato di soda, e affusioni fredde (dalle quali s'ebbero i migliori vantaggi per abbassare la T.) e ghiaccio sul capo e sul ventre, si provano anche derivativi addominali, e dalla medicatura terebentinata si passa ad applicare vescicanti alle regioni inguino-addominali. Ma un delirio calmo, un vaniloquio vengono a far parte del quadro, le contrazioni agli arti persistono e allora si ricorre anche a frizioni di ghiaccio lungo la colonna vertebrale, mentre non si lasciano le affusioni fredde. Il ventre si fa un po' cedevole, si alternano qualche giorno la stipsi con scariche sciolte, però non abbondanti assai, nè numerose. Il respiro si conserva superficiale ma non molto frequente (24-30). Passata la 32ª giornata la gravezza cede e per non ripresentarsi più mai. Però alla flessione degli arti si comincia ad avvertire che la donna soffre, e ciò senza che si riscontrino tumefazioni articolari. La febbre dà tregua e da 40,3 che toccava il 32° giorno, due dì dopo gradualmente e costantemente scendendo tocca il 38°; risale però ancora e tocca un massimo la sera del 36° giorno di 39,4, ma per discendere 5 ore dopo di 0,4, e continuare ancora ad abbassarsi a tale che in 38° giorno si notano 37,3; la sera le ascese termiche sono poco forti, e dopo un 39° della sera dello stesso 38° giorno, dopo un 38,4 ed un 38,7 delle due sere successive, decresce al normale. Intanto il delirio è già scemato dalla 35ª giornata e scomparso nella 36ª e contemporaneamente hanno ceduto le contrazioni agli arti; solo dopo pochi giorni e senza alcuna cura, sono svanite le dolentezze articolari.

Ma ecco nel 36° giorno il respiro farsi più breve, le labbra un po' cianotiche, e la donna lamentare tosse. Posteriormente rantoli diffusi su tutto il torace minuti inspiratori umidi con qualche sibilo lontano, sonorità normale: anteriormente e in alto disseminati rantoli secchi, sonorita normale. Murmure conservato e solo un po' debole. Intorno al fremito tattile la debolezza della voce non lascia ricavare dati. Escreato non molto abbondante, aereato, rossiccio qualche volta. Mai non ho potuto avvertire soffio bronchiale.

Del resto anche qui l'esame non è come potrebbe desiderarsi (bronchite diffusa, con aree centrali di bronco-pneumonite?).

In 41ª giornata la tosse, diminuendo gradatamente, è appena sensibile. Negli ultimi giorni perfettamente parla, e tenta di alzarsi per essere ascoltata al petto. Le defecazioni vengono regolarizzandosi con tendenza però alla stipsi. Dalla 39ª alla 43ª giornata si pratica il cateterismo vescicale.

Il riscontro digito-vaginale ripetuto in corso di malattia ha dato ancora risultati negativi. Di terapia nulla di nuovo fuor che 2 grammi di chinina alla 33ª giornata.

Il Marsala fu sempre dato generosamente; non si dimenticò il ghiaccio per bocca: latte, brodo ed ova col cibo. In tutto il corso di malattia appetito sempre buono, tale resta quando in 43ª giornata, affatto senza tosse, l'Assuntina si alza.

Soltanto il sentir parlare di una lunga e grave febbre in una puerpera, fa chiedere se si tratti di uno di quei tanti e diversi processi infettivi, a cui un triste uso ha accordato senza distinzione il nome di febbre puerperale. Io mi limiterò a nominare alcuni tra essi che hanno qualche carattere di somiglianza col processo svoltosi nella nostra inferma. Se comincio dall' endometrite è certamente per escluderla; il secreto sporco, bruniccio, di odore acuto di mortificazione, che qui mancò sempre, non lascia possibile l'ipotesi.

Ciò a cui forse volontieri si pensa vedendo la febbre in 15º giorno seguire al fatto che la donna si levò, è la parametrite; se non che basta il riscontro digito-vaginale per eliminare il dubbio, mentre pure non si pensa o ad una flegmasia alba dolens o al flemmone dell'estremità inferiore. Per quel che riguarda la peritonite pelvica, se la sensibilità esagerata alla fossa iliaca sinistra con dolore spontaneo, se il meteorismo, se l'altezza e fors'anco la durata della febbre possono volgere la mente su di essa, l'andamento speciale della febbre, i fenomeni concomitanti, la mobilità dell' utero e in una parola i dati del riscontro digito-vaginale non mi pare acconsentano a formulare quella diagnosi.

Ma vi è un altro processo: la peritonite generale.

Per essa deporrebbero la durata della febbre, la stitichezza, la dolentezza ed il meteorismo dell' addome, benchè la dispnea non sia mai stata gravosa. Possono correre le intermissioni complete fra i rialzi di temperatura e se non s' ebbero vomiti e nausee si sa che possono mancare. Alla stessa maniera può mancare la picciolezza del polso e la eccessiva sua frequenza in rapporto colla temperatura. Pare dunque che si vada molto vicino a trovare la peritonite.

Ed io non vorrò negare che una compartecipazione del peritoneo abbia potuto esistere, localizzandola specialmente verso la fossa iliaca sinistra, ma nè raccolta liquida ci fu manifesta, nè si poterono ben apprezzare indurimenti da essudati. Propenderei per

ritenere piuttosto come affezione principale una forma di tifo. Si può ammettere il tifo addominale? Se si parla della forma tipica no certo. Ma se si comprende il nostro caso nella forma lenta nervosa di tifo addominale (febbre maligna lenta degli antichi, febbre nervosa convulsiva di Willis), mi pare che le cose camminino diversamente. È allora che può avere un certo valore la epistassi in 9ª o 10ª giornata. La prostrazione generale, il delirio, i tremiti muscolari, in una parola la gravezza, la preponderanza dei fenomeni nervosi nella malattia, le complicanze bronchiali e fors'anco i dolori articolari possono aggrupparsi in un solo insieme. La modalità speciale di tifo poi può spiegare la mancanza degli esantemi rosei e della diarrea caratteristica del tifo addominale, nonchè la breve durata del catarro bronchiale.

Le irregolarità dell'andamento febbrile anche in disaccordo colla frequenza del polso e del respiro (20-21 : 22 : 23 : 26-27, ecc)., si spiegano pur bene, specie riguardo colla lunghezza del periodo d'ascesa, alle intermissioni anche profonde seguite da ascese brusche, alla mancanza del periodo ad oscillazioni uniformi, cosa del resto non rara anche senza che s'abbia la forma nervosa di tifo addominale.

Quanto al meteorismo ed ai dolori addominali, questi fenomeni, come ho detto, possono attribuirsi ad un risentimento peritoneale.

Ma abbracciando la diagnosi sopraesposta, perchè ho io occupato alcuno intorno ad un caso che se è raro in certe epidemie, in altre ha una qualche frequenza? Le mie ragioni sono poche. La malattia apparsa nella nostra donna in puerperio potrebbe far sospettare una delle forme di febbre puerperale.

La mancanza di epidemia in città ne avvalorerebbe l'ipotesi, tanto più poi che la donna quando fu colta da febbre degeva nell'ospedale già da un mese. Sarebbe questo il caso di ammettere un'origine spontanea dell'infezione anche accettando le idee di Stich quanto al come ed al perchè della genesi del morbo.

Nota. — Doveva accompagnare questa storia il tracciato di T. P. e R. Ragioni indipendenti dalla mia volontà impedirono di mandare ad effetto il pensiero. Mi limito per ciò ad offrire un breve specchietto di quelle cifre alle quali ho accennato sinteticamente.

Giorno di malattia

18 T. 37,4 P. 70 R. 20
T. 38,6 P. 80 R. 22
Ore 8 pom. T. 39,2 — 1 gr. chinina.

19 T. 37 P. 72 R. 20
T. 39,2 P. 86 R. 26
Ore 8 pom. T. 39,5.

20 T. 37,5 P. 72 R. 22
T. 39,2 P. 86 R. 26
1 grm. di chinina.

21 T. 37,6 P. 88 R. 24
T. 39,5 P. 90 R. 26
3 grm. salicilato di soda.

22 T. 38,2 P. 90 R. 26
T. 39,4 P. 90 R. 24
Ore 8 pom. T. 40 (con brivido).

23 T. 39 P. 92 R. 22
T. 39,5 P. 98 R. 26
Affusione fredda di un'ora ad ore 7,30: prima di essa 40,3; dopo 38,7.

24 T. 39,2 P. 96 R. 26
T. 40,4 P. 100 R. 30
Ghiaccio sul capo - Affusione fredda di un'ora ad ore 8: prima di essa 40,5; dopo 39,6.

25 T. 39,6 P. 102 R. 26
T. 39,5 P. 88 R. 24
Ore 8 pom. T. 40
Ghiaccio sul capo e sul ventre. Affusione fredda.

26 T. 39 P. 100 R. 24
T. 39,6 P. 120 R. 30
Affusione fredda di un'ora ad ore 8 pom.: prima di essa 39,8; dopo 39,5.

27 T. 39,7 P. 122 R. 24
T. 40,2 P. 126 R. 28 (con brivido)
Clistere purgativo - Medicatura terebentinata - Affusione fredda: dopo di essa T. 40.

28 T. 39,4 P. 102 R. 26
T. 39,6 P. 100 R. 28
Ore 8 pom. T. 39,8. — Frizioni di ghiaccio lungo la colonna vertebrale durante il dì.

Giorno di malattia

29 T. 39,5 P. 104 R. 26
T. 39 P. 90 R. 26
Ore 9 pom. T. 40,3. — Vescicanti alle regioni inguino-addominali - Frizioni di ghiaccio lungo la colonna vertebrale - Affusione fredda.

30 T. 38,7 P. 108 R. 26
T. 39 P. 90 R. 26
Ore 9 pom. T. 39,3. — Affusione fredda.

31 T. 38,5 P. 88 R. 26
T. 39,4 P. 100 R. 28
Ore 9 pom. 39,7. — Affusione fredda.

32 T. 39 P. 98 R. 26
T. 39,6 P. 108 R. 28
Ore 8 pom. T. 40,3 — Affusione fredda: dopo di essa T. 39,7.

33 T. 39,4 P. 104 R. 28
T. 39,2 P. 100 R. 28
2 grm. di chinina in soluzione — Affusione fredda.

34 T. 38 P. 100 R. 26
T. 38,7 P. 104 R. 28

35 T. 38,4 P. 112 R. 30
T. 38,5 P. 110 R. 28
Ore 8 pom. T. 39.

36 T. 38,4 P. 112 R. 32
T. 39, 4 P.104 R. 26
Ore 9 pom. T. 39.

37 T. 38 P. 96 R. 28
T. 38 P. 92 R. 26
Ore 8 pom. T. 37,9.

38 T. 37,3 P. 96 R. 26
T. 39 P. 94 R. 26

39 T. 37,4 P. 90 R. 26
T. 38,4 P. 96 R, 28

40 T. 37,6 P. 80 R. 22
T. 38,7 P. 90 R. 26

Le osservazioni mattutine vennero fatte alle ore 8, le vespertine alle ore 4.

IL FORCIPE TRAENTE NELL'ASSE

TESI

PER LA LIBERA DOCENZA IN OSTETRICIA

del Dott. GIOVANNI INVERARDI

Medico 1.° Assistente nell' Istituto Ostetrico di Torino.

Valore e critica delle modificazioni fatte al forcipe per renderlo istrumento traente nell'asse.

I.

PARTE GENERALE

CAPITOLO PRIMO.

Asse pelvico.

L'asse pelvico ha formato da circa due secoli il tema di molte ricerche e di pregevoli lavori, per parte di ostetrici di grido universale come il *Deventer*, il *Levret*, il *Camper*, il *Saxtorph*, il *Naegele*, l'*Hubert*, il *Fabbri* e molti altri. Per facilitarmi lo studio, io considererò separatamente l' asse dello stretto superiore, dell'escavazione, dello stretto inferiore; considerato quest'ultimo nel bacino allo stato secco, e nel bacino provvisto delle parti molli del canale genitale, costituenti il piano perineale, trasformato in doccia dallo avanzarsi del corpo fetale.

Piano ed asse dello stretto superiore. — Dagli studi del *Meyer* e specialmente del celebre *Naegele* lo stretto superiore, in donna che stia in posizione eretta, forma un piano inclinato dall'alto al basso e dall' indietro in avanti, in modo da fare coll'orizzonte un angolo, che viene valutato in media di 60.° Questo angolo, secondo il *Meyer*, varia moltissimo, non solo da persona a persona, ma

presenta variazioni anche notevoli nella stessa persona a seconda dei movimenti di abduzione, adduzione o rotazione dei femori. Ciò ben inteso è detto pei casi di bacino normale. Quali e quante saranno adunque le variazioni che si osserveranno allorquando la statica della pelvi è mutata da malattie che ne hanno alterata la struttura, la forma, le dimensioni e i rapporti colle ossa con loro articolantesi!

Ma la conoscenza del piano dello stretto superiore racchiude necessariamente quella dell'asse, il quale deve ritenersi per quella linea che passando per un punto equidistante dal contorno pelvico dello stretto superiore cade perpendicolarmente sullo stesso piano. Da questa considerazione e dalla conoscenza dell' inclinazione normale del piano dello stretto superiore, si può tirare la facile conclusione che l' asse dell' ingresso pelvico formerà coll'orizzonte un angolo di 30.° Nella donna gravida, verso il fine della gravidanza, gli si attribuisce la direzione di una retta che partendo dalla cicatrice ombelicale, e passando per la metà della coniugata anatomica (1) si reca al punto di congiunzione dei due terzi superiori col terzo inferiore del coccige.

Asse dello scavo. — Sulla direzione del piano e dell' asse dello stretto superiore esiste un accordo si può dire completo; ma non è così dello scavo intorno al quale cominciano le divergenze. Non meritano critica i metodi seguiti dal *Carus*, dal *Saxtorph* e dal *Bang* quantunque più di molti altri si avvicinassero alla verità. Il primo, ponendo una sesta del compasso al centro della sinfisi pubica e l'altra al punto mediano della C. A., pretendeva di descrivere l'asse dello scavo descrivendo attorno alla sinfisi pubica un circolo completo. *Saxtorph* e *Bang*, facendo centro nel punto di intersezione delle due linee C. A. e linea coccipubica prolungate in avanti e in basso, e portando l' altra branca sul punto mediano della C. A. descrivevano un arco di cerchio passante per lo scavo.

---

(1) Nelle denominazioni delle diverse coniugate pelviche seguiterò il linguaggio della scuola a cui sono stato educato, chiamerò cioè *C. Anatomica* quella che dal punto più sporgente del promontorio sacro-vertebrale arriva al margine superiore della sinfisi pubica (*C. vera* degli autori) e *C. Ostetrica* quella che dallo stesso punto del sacro viene al punto della parete posteriore della sinfisi pubica più sporgente all'indietro (*diametro utile*, *minimo* del *Pinard*) che trovasi a $^1/_2$-1 ctm. al disotto del margine superiore della sinfisi pubica. Per le altre si conserva la nomenclatura comunemente adottata.

Le idee che oggidì si tengono dalla comune degli ostetricanti e che dominano più vastamente il campo scientifico intorno a questo argomento tanto importante, sì dal lato teorico che da quello della pratica, sono quelle professate dal *Naegele* e dall'*Hubert*, la meritata autorità dei quali contribuisce più che tutto alla generalizzazione di una dottrina che a me non pare la più conforme al vero.

Questi autori per cercare l'asse dello scavo consigliano di dividere da un lato la superficie posteriore della sinfisi pubica in un dato numero di parti uguali, e dall'altro lato di dividere pure la superficie anteriore del sacro e del coccige in altrettante parti uguali. Queste, per la maggior estensione della parete posteriore in confronto dell'anteriore, devono riuscire più grandi, ed i segmenti risultanti avere la forma di tanti cunei colla punta rivolta alla sinfisi pubica. Si riuniscono i punti omologhi con altrettanti piani, e sulla metà di questi si innalzano tante perpendicolari le quali riunite tra loro costituiscono la linea assile dello scavo. Questa linea avrebbe per questi autori una direzione rettilinea per il tratto corrispondente alle due prime vertebre sacrali e si troverebbe nel prolungamento di quella dello stretto superiore, poi incomincierebbe ad incurvarsi in avanti per terminare sulla parte mediana della linea cocci-pubica la quale viene da essi considerata come il piano dello stretto inferiore.

Meno fortunate, sebbene, a mio credere, più conformi a verità, sono le idee emesse da un ostetrico italiano che seppe acquistarsi meritata fama non solo in patria ma anche all'estero, e di cui il mondo scientifico lamenta l'immatura perdita. Il Prof. *G. B. Fabbri* in una sua memoria tanto breve quanto concettosa *(Alcune considerazioni ostetriche intorno alla pelvi,* Bologna, 1857) espone riguardo alla forma ed all'asse dello scavo delle idee affatto originali e molto persuadenti. Egli considera — ed in ciò sta la parte più importante delle sue opinioni — il bacino rivestito dalle parti molli come trovasi nel momento del parto e prima che la parte presentata abbia disteso il piano perineale.

E per istudiare meglio la forma vediamo colle stesse sue parole come procede. « Altro io non veggo che *una cavità grossolanamente cilindrica* spalancata di sopra, e direi quasi appena pertugiata circa nel mezzo della sua parete anteriore. Ogniqualvolta mi fu necessario mostrare sensibilmente che questa e non altra è la configurazione della cavità del catino, ebbi ricorso

allo spediente di *riempirla di scagliola disciolta*, e il getto che poscia ne ricavavo poneva sott' occhio con piena evidenza tutte le circostanze che ho rammentate sino a questo punto. »

Da questo modo di considerare lo scavo ne risulta che, contrariamente a coloro che ritengono lo scavo un canale ricurvo con una parete — l'anteriore — assai più bassa che le altre, il celebre professore bolognese considera lo scavo come una cavità grossolanamente cilindrica chiusa nel fondo ed aperta nella parte inferiore della parete anteriore; e come tale l'asse suo non deve e non può essere curvilineo, ma bensì rettilineo nella proiezione dell'asse dello stretto superiore. Per modo che la direzione dell'asse dello stretto superiore si confonderebbe con quella dello scavo. La parte più bassa dello scavo corrisponderebbe per il *Fabbri* alla punta del coccige e l' altezza dell'escavazione pubica oscillerebbe da 3 $^1/_2$-4 pollici pari a 81-108 millimetri.

Che questo sia vero oltrechè se ne può ognuno rendere certo soltanto col dare uno sguardo ad una cavità pelvica sprovvista degli organi che contiene, se ne può avere un' altra prova eminentemente ostetrica e pratica dall' osservazione clinica diligente e spassionata dell'andamento di un parto normale e che succeda con sufficiente lentezza da permettere uno studio attento ed analitico dei fenomeni meccanici del parto. È nella presentazione di vertice che questa prova si presenta più nitida. Il capo, quando non intervenga qualche azione perturbatrice, non muta direzione fino a che la parte più bassa non venga a toccare il pavimento di questa cavità, cioè fino a che non sia arrivata in fondo allo scavo, la qual cosa mi pare che parli chiaramente in favore delle idee del nostro autore.

L' asse dello scavo va quindi col *Fabbri* ritenuto come il prolungamento in basso dell'asse dello stretto superiore, che alla sua volta si confonde coll'asse maggiore dell'utero allorquando questo viscere è sulla linea mediana e la sua bocca è completamente dilatata come nel momento del parto.

Ma la cosa corre diversamente anche per lo stesso *Fabbri* allorquando la testa arrivata in fondo allo scavo distende in ogni direzione il piano perineale trasformandolo in doccia. Allora la linea assile della parte inferiore dello scavo si incurva in avanti, incominciando a livello circa della 4ª vertebra sacrale, avvicinandosi a quella descritta da *Naegele* e dall'*Hubert*, la quale per altro si incurva di già cominciando dall' unione della 2ª colla 3ª vertebra spuria del sacro.

Piano ed asse dello stretto inferiore. — Anche qui non esiste accordo fra il *Fabbri* e gli altri ostetrici. Questi ultimi considerano la linea cocci-pubica come esprimente la direzione del piano dello stretto inferiore e gli assegnano perciò una inclinazione di circa 10° sull'orizzonte in modo che essa sia diretta dall'indietro in avanti e dall'alto al basso. E danno all'asse dello stretto inferiore la direzione di una linea retta che partendo dalla parte più sporgente del promontorio sacro-vertebrale si diriga in basso e leggermente in addietro per raggiungere il perineo un po' all'innanzi dell'apertura anale. È naturale che tanto il piano quanto l'asse dello stretto inferiore debbano variare non solo per le stesse ragioni che variano il piano e l'asse dello stretto superiore, ma ancora per il fatto della retropulsione del coccige nel momento del parto. Quest'asse incontra quello dello stretto superiore formando un angolo aperto all'innanzi di 120°.

Vediamo ora brevemente quali sieno le idee dell'ostetrico italiano rispetto allo stretto d'uscita del bacino. Anche qui troviamo che manca l'accordo e mi è anche qui grato il dichiarare che divido pienamente le idee del celebre nostro compatriota.

Egli facendo rivivere le idee del *Dugés* e del *Guillemot* considera allo stretto inferiore due piani, l'uno ischio-coccigeo, di figura irregolarmente triangolare, parallelo al piano dello stretto superiore; l'altro pubio-ischiatico di figura pure irregolarmente triangolare, perpendicolare al primo. Questi due piani si riuniscono per la loro base nella linea interischiatica ove formano un angolo pressochè retto aperto in alto ed in avanti. Il piano posteriore è elastico essendo formato dai legamenti sacro-ischiatici, dal coccige e dalle parti molli della regione retro-ischiatica del perineo; il piano anteriore costituisce lo spazio sotto-pubico, il quale costituito anch'esso in parte da tessuti elastici sarà tanto più alto e spazioso quanto più alta e sviluppata sarà la pelvi.

Le opinioni si accordano poi tutte allorquando la parte presentata distende il piano perineale e lo converte in doccia. In questo momento l'asse dello stretto perineale si incurva in avanti e, per usare le parole stesse del *Fabbri* esso è rappresentato « da una linea che partendo dal mezzo dell'altezza acquistata dallo spazio sotto-pubico, entra nella escavazione e taglia ad angolo retto l'asse di lei. Questa linea prolungata fino alla superficie concava dell'osso sacro l'incontra circa all'unione della 3ª colla

4ª vertebra spuria. » Indi lo stesso autore riassume le sue idee sull'asse pelvico nelle seguenti parole: « l'asse totale del catino è rappresentato da una linea scavezza composta dell'asse retto dello scavo e dell'asse curvo dello spazio sotto-pubico »; alle quali parole noi sottoscriviamo senza reticenze.

E ora se si vengono a fare pratiche applicazioni di quanto siamo venuti dicendo si può stabilire che:

1.° Ponendo una donna in decubito dorsale col tronco formante coll'orizzonte un angolo di 30°, il piano dello stretto superiore sarà orizzontale e conseguentemente l'asse suo e quello dello scavo verticale.

2.° Che ogni corpo che si affacci all'ingresso pelvico, la donna avendo tale decubito, sarà trascinato verso il fondo dello scavo per la legge di gravità la quale agirà tutta e per intero nella direzione utile dell'asse dello stretto superiore e dello scavo.

3.° Che dovendo tirare sopra un corpo arrestato al di sopra dello stretto superiore, o in questo impegnato, o disceso nella parte alta o media dello scavo, nella direzione dell'asse di queste diverse parti, la potenza traente dovrà trovarsi nella direzione di una linea mentalmente tirata dall'ombelico alla unione dei due terzi superiori col terzo inferiore del coccige.

4.° Che in una donna nella stessa posizione, l'asse dello spazio pubio-ischiatico sarà conseguentemente orizzontale, e la direzione generale dell'asse dello stretto inferiore e della doccia perineale sarà secondo una linea curvilinea diretta dall'indietro in avanti e dal basso all'alto.

5.° Che dovendo fare traimenti su di un corpo situato alla parte bassa dello scavo, o di già addirittura nella docciatura perineale, si faranno dapprima in basso per deprimere il fondo dello scavo, ossia il piano cocci-perineale di tanto quanto basta perchè la parte presentata venga ad occupare lo spazio sotto-pubico, indi dovranno avere una direzione successivamente orizzontale, poi dall'indietro in avanti e dal basso all'alto.

CAPITOLO II.

Considerazioni generali sul modo d'agire del forcipe.

Nel forcipe riconosciamo generalmente molteplici azioni. Oltre all'azione dinamica che vediamo spiegare soventi da esso, ma sulla quale l'ostetrico non deve giammai contare, noi possiamo considerare il forcipe come istrumento di presa, come istrumento che può modificare la forma del capo, come istrumento rotante, e in ultimo come istrumento traente.

Fino dai tempi più remoti dell'arte salutare dovett'essere sentito il bisogno di possedere in alcuni casi di parto sospeso o difficile due strumenti, applicati i quali, facessero l'ufficio di due mani applicate sui lati del capo che avessero robustezza sufficiente e forma conveniente per afferrare il capo del feto e fossero sufficientemente sottili da poter passare senza determinare guasti sul capo fetale e sulla pelvi materna.

E non è senza una certa meraviglia che si pensa alla relativamente tarda comparsa del forcipe; meraviglia che va poi scemando di molto quando si consideri da una parte che, tranne negli ultimi secoli, la ostetricia fu sempre nel dominio delle mammane, dall'altra che l'idea di un tale istrumento non poteva neppure venire concepita, o, se concepita, rigettata subito per l'impossibilità in cui si considerava l'ostetrico di far passare neppure uno specillo tra il capo del feto e il bacino materno, in virtù di quelle erronee idee che avevansi sull'incuneamento del capo nella pelvi, il quale, se si sta a quanto riferisce lo *Schroeder*, per alcuni non è ancora caduto oggidì.

Che infatti l'idea del forcipe fosse partita da quella di rappresentare due mani gracilissime, ma poderosissime, lo dimostra il fatto che i primi esemplari del forcipe messi fuori dal *Chamberlein* e dal *Palfyn* erano costituiti da due branche indipendenti e fra loro parallele, che si riunivano assieme alla parte terminale dei manici (1). Non fu che dopo il *Gregoire* che vennero incrociate

(1) Vedi Poullet, opera citata, pag. 55 e seg.

le branche onde poterle tenere meglio ravvicinate ed applicate sul capo fetale. Non è mio compito passare ora in rivista tutte le modificazioni presentate dal forcipe fino ai nostri giorni; solo dirò che al giorno d'oggi i forcipi che vengono più comunemente usati sono a branche incrociate e che la presa del forcipe è assicurata dal ravvicinamento che si ottiene fra i manici tra loro, presa che, a parità di circostanze, sarà tanto più valida quanto maggiore sarà la compressione fatta sui manici. Di più si sa ancora che quanto più cresce la compressione dei manici tanto maggiore è il grado di compressione sopportata dal capo, compressione che è pure in ragione diretta dell'intensità delle tirate. Questo rapporto fu dal *Delore* valutato nella metà circa della forza traente. Ma nello stesso tempo che cresce la forza traente le branche del forcipe si allargano alquanto per la loro propria elasticità, ed il capo si porterà verso il morso della cucchiaia, il quale finirà per comprimere quasi da solo il capo fetale. Adunque il punto del capo su cui si esercita la compressione del forcipe si trasporta sempre più verso la base quanto più cresce la forza traente. Per persuadersi di ciò basta esaminare dove si fanno più profonde le impronte del forcipe sul capo fetale nelle estrazioni laboriose per persuadersi di due fatti riguardo la presa fatta dal forcipe sul capo fetale, e cioè: 1) che allo stretto superiore e nella parte alta dello scavo il capo è afferrato sempre secondo un diametro obliquo del capo che va dalla bozza frontale di un lato alla sporgenza occipito-parietale del lato opposto; 2) che l'impressione maggiore si nota in quella regione che era in rapporto col morso del forcipe, e che è in tutta vicinanza della linea che divide la base della volta craniana. Non fa bisogno di far notare quanto sia vantaggioso questo fatto, riuscendo molto meno nocive le pressioni che si fanno a livello della base che non quelle che cadono a livello della volta craniana (1).

Ma se muta favorevolmente sul capo il punto di compressione esercitata dal forcipe, una sorgente di compressione costante sulla volta craniana è quella che proviene dalla pressione esercitata dalla cintura pelvica nel senso antero-posteriore ossia dalla C. V. Da esperienze istituite dapprima da *Baudeloque*, da *Petrequin*, e

---

(1) Ciò s'intende naturalmente nelle applicazioni dirette dallo strumento, quanto cioè lo si colloca sugli estremi del diametro trasverso della pelvi, e la testa è tuttora obliquamente messa.

ripetute poi da *Delore*, da *Budin*, da *Labat* e da altri, noi sappiamo che la compressione del capo produce effetti alquanto diversi a seconda che essa si esercita soltanto sopra gli estremi di un solo diametro, oppure di due incrociantesi ad angolo retto o quasi retto. Lasciando il meno importante e quello che non può interessare da vicino la nostra questione, ammettiamo con *Budin* che allorquando si viene a portare sul capo una compressione nel senso di un solo diametro, tutti gli altri aumentano, ma in un modo insensibile sopra ciascuno di essi, mentre quando la compressione si fa nello stesso tempo nella direzione di un diametro trasverso e di un diametro longitudinale, l'allungamento si fa secondo i diametri verticali, ed è più appariscente (6 millimetri). Di più sappiamo ancora dalle esperienze del medesimo autore che il diametro più riducibile è il bitemporale, che le compressioni limitate sono seguite da una riduzione maggiore che non le compressioni estese, le quali ultime sono però più lungamente tollerate e perciò meno dannose.

Questo genere di compressione sarebbe, secondo il *Pajot*, *attiva* per distinguerla dalla compressione *passiva* per la quale esso intende la compressione che viene a subire il capo del feto dal ravvicinamento forzato operato dalle branche del forcipe trascinato attraverso ad uno stretto superiore molto angustiato. La cosa succederebbe nello stesso modo con cui vediamo la matita venir serrata sempre più dalle due valve del portamatita dei disegnatori, man mano che si fa scorrere l'anello di cui è munito questo istrumento. Tale genere d'azione dev'essere assai raro ad osservarsi, imperocchè è difficile che si dimostrino bacini talmente viziati anche nel diametro trasverso da permettere ancora l'uso del forcipe.

È pure interessante conoscere in qual grado di pressione sul capo si traduce la pressione fatta sui manici dato un istrumento qualunque di cui siano note la lunghezza dei manici e quella delle cucchiaia. Questa cognizione ce la fornisce il *Poullet* di Lione, il quale dà una formola che si può generalizzare in questo modo:

$$\frac{P \times M}{C} = F$$

in cui P è la pressione che si fa sopra i manici, M la distanza del punto dei manici, in cui si applica la potenza, dall'articolazione,

C la lunghezza della cucchiaia ed F la pressione tradotta sul capo del feto. Dalla quale formola si conosce che quanto maggiore sarà la lunghezza dei manici, proporzionatamente alla lunghezza delle cucchiaia, tanto maggiore sarà la compressione operata sul capo fetale.

Come istrumento rotante il forcipe viene usato meno frequentemente che come istrumento semplicemente traente. Se si intendesse il meccanismo del parto nel senso in cui l'intendeva l'*Hubert*, l'ufficio rotante del forcipe sarebbe molto esteso. Si sa infatti che l'*Hubert* ammette giustamente essere il meccanismo del parto niente altro che una serie di rotazioni del capo attorno all' asse suo trasversale od al verticale, i quali movimenti di rotazione si eseguiscono mentre il capo progredisce continuamente nello scavo; per modo che il meccanismo del parto si compone in ultima analisi di un moto di progressione e di diversi movimenti di rotazione. Inteso in questo senso il moto di rotazione, certamente l' uffizio rotante del forcipe sarebbe alquanto più esteso di quanto si ammette generalmente dagli ostetrici. Ma limitando il nome di rotazione al movimento che il capo eseguisce pervenuto nel fondo dello scavo, è indicata l' applicazione del forcipe tutte le volte che questo movimento o è mancante o pervertito o, cosa assai più rara, quando esso è esagerato. Queste nozioni che io pongo avanti come generalità richiederebbero, per essere svolte, di spendere molte parole, il che mi porterebbe fuori del tema propostomi, perciò faccio punto.

Le avvertenze che si debbono usare nel moto di rotazione sono varie. Non mi arresterò che sulle più importanti volendo essere in questa parte più breve che mi sia possibile. La prima riguarda l'estensione del moto di rotazione. Noi sappiamo dalle esperienze del *Tarnier* che il capo del feto può eseguire un moto di rotazione tale da rivolgere il mento direttamente all'indietro, senza che nè nel midollo spinale, nè nella colonna vertebrale si notino lesioni di sorta. Questo esteso moto di rotazione è possibile per la compartecipazione che vi prendono tutte le vertebre cervicali e le prime dorsali. Ma la limitazione del moto di rotazione sul terreno della pratica più che dal corpo del feto noi la dobbiamo ricavare dalla configurazione particolare del forcipe e dai rapporti ch'esso ha col bacino. Per modo che la rotazione del forcipe riconosce per limite l' essere la curvatura pelvica direttamente rivolta di lato. Quando poi la rotazione del capo non fosse

ancora sufficiente si richiede l' estrazione del forcipe per riapplicarlo in modo da completare il moto di rotazione.

La seconda avvertenza da usarsi consiste nel far rotare il forcipe non secondo l' asse longitudinale dei manici, ma secondo l'asse longitudinale delle cucchiaia. Supponiamo infatti che si roti il forcipe secondo l' asse longitudinale dei manici, le cucchiaia descriveranno alla loro parte terminale un circolo che avrà per raggio il diverso grado di curvatura pelvica propria di ogni forcipe. Questa rotazione richiederà quindi nel bacino uno spazio che difficilmente si avrà, e si tradurrà sempre in pressioni nocive sulle pareti pelviche. Mentrechè cesseranno queste pressioni facendo rotare il forcipe attorno all' asse longitudinale delle cucchiaia, e facendo quindi descrivere ai manici del forcipe un cerchio che avrà per centro il prolungamento in basso dell'asse delle cucchiaia. La trasgressione di questa regola è causa di minori danni se si opera al disopra dello stretto superiore, ma riuscirà dannosissima allorchè il forcipe agisce nel campo dello stretto superiore o nello scavo. In guisa che la regola generale per eseguire col forcipe il moto di rotazione si è di far rotare la cucchiaia nell'asse del piano in cui esse si trovano, facendo descrivere ai manici un moto d' arco di cerchio che (amo ripeterlo) ha per centro il prolungamento dell'asse delle cucchiaia.

Ed ora che abbiamo molto brevemente accennato a quanto era strettamente necessario di conoscere per meglio comprendere quanto sarò per dire, non senza aver ricordato che dobbiamo in ogni caso cercare sempre di imitare la natura portando sotto la sinfisi del pube quella regione del corpo fetale che normalmente vi si reca, entro direttamente in argomento studiando il forcipe come istrumento traente.

II.

PARTE SPECIALE

CAPITOLO I.

Il forcipe considerato come istrumento traente.

Il forcipe, come venne fuori dalle mani del *Chamberlain* e del *Palfyn*, era retto — non possedeva cioè che una sola curvatura — la cefalica. — Come tale era naturalmente istrumento disadatto a fare le tirate secondo l'asse dello stretto superiore e della parte alta dello scavo; si sarebbe dovuto tirare molto in addietro, o, per meglio spiegarmi, si sarebbe dovuto annientare il perineo e trarre secondo una retta che partendo dall'ombelico arrivasse verso la punta del coccige. Ma a ciò fare era appunto di impedimento il perineo che in questi maneggi e tentativi veniva soventi offeso e sempre stiracchiato all'indietro.

È appunto nell'intendimento di rispettare il diaframma perineale e di poter portare il forcipe allo stretto superiore con minori pericoli, che il *Levret* e lo *Smellie* a breve distanza e ad insaputa l'uno dell'altro diedero al forcipe la curvatura pelvica, colla quale esso fece un notevole progresso; quello di poter essere portato più facilmente allo stretto superiore. Con questo vantaggio veniva pure ad acquistare quello di poter afferrare il capo meglio che il forcipe retto, il quale lo afferrava frequentemente nel segmento posteriore col pericolo quindi alle prime tirate di vedere abbandonata la presa. Ma se la curvatura pelvica aveva reso più facile l'applicazione e più sicura la presa non aveva ancora risolto la questione che si riferisce alla direzione con cui si debbono fare le tirate.

Che col forcipe, in tal modo di già migliorato, non si tirasse ancora nella buona direzione lo attestano i molti tentativi fatti per ottenere le tirate secondo l'asse fino dai primi tempi in cui venne fuori il forcipe, tentativi che come vedesi non sono ancora terminati oggidì. Che anzi l'aver preso la questione un carattere pratico dopo che il *Tarnier* seppe trar profitto degli studii teorici fattisi prima di lui sul forcipe, dimostra come fosse sentito il bisogno di modificare questo istrumento in modo da renderlo traente nell'asse. Io non esito perciò un solo momento a dichiarare che coloro i quali reputano il *Tarnier* un rivoluzionario o per lo meno un intempestivo innovatore della pratica del forcipe, dimostrano di non conoscere che fin dai primi momenti in cui venne generalmente conosciuto il forcipe fossero pure avvertiti i grandi difetti ch'esso presentava come istrumento traente allo stretto superiore.

Che questo sia vero lo possiamo riconoscere dal fatto che già l'*Osiander* nel 1799 — seguito di poi da tutti gli ostetrici, i quali, modificandone leggermente la pratica, partivano però tutti dallo stesso concetto scientifico — traimenti secondo l'asse — aveva dato il precetto di trasformare il forcipe in una leva interpotente, premendo in basso con una mano applicata sulla parte articolare dello strumento, e tenendo fissa coll'altra mano l'estremità libera dei manici. Lo stesso consiglio è pure dato dal *Naegele.*

L'*Hubert* di Lovanio, che troveremo più tardi autore di due nuovi forcipi, legava all'articolazione del forcipe un laccio, su cui faceva tirare in basso da un robusto assistente, mentre egli tirava in basso con una mano applicata alla parte articolare e coll'altra teneva fissi gli estremi dei manici dello strumento. Il *Couzot* poggia sulla parte articolare un ginocchio mentre tien fissa l'estremità dei manici colle mani. Il *Chailly* si abbassa davanti alla donna in modo da poter porre i manici dello strumento sulla spalla e colle mani applicate alla parte articolare tira in basso.

Questi tentativi erano diretti ad ottenere dal forcipe una particolare azione sul capo fetale rispetto allo stretto superiore, quella cioè di trascinare l'estremo cefalico del feto attraverso allo stretto superiore ed allo scavo percorrendo una linea arcuata molto vicina alla linea del *Carus*, che venne per molto tempo ritenuta come rappresentante l'asse pelvico. Questo particolare modo di fare le tirate, che viene ancora consigliato ai nostri giorni dal *Pajot*, ha, è vero, il vantaggio di farle in una direzione che si

avvicina a quella dell'asse dello stretto superiore, ma ha però l'inconveniente grave che se per avventura le cucchiaia scivolano sul capo fetale, colle loro estremità si possono ledere le parti molli che tappezzano la metà posteriore del bacino, con quale danno è facile prevedere.

Da tutto ciò chiaro scaturisce come in ogni tempo ed in ogni nazione si sia sempre cercato di governare il forcipe in modo da renderlo strumento traente nell'asse dello stretto superiore e dello scavo; e coloro che non seguivano questo precetto si attenevano ad un altro generalmente invalso nella scienza e nell'arte fino ai giorni nostri, quello cioè di tirare sui manici più all'indietro ch'era possibile.

L'*Hubert* fu il primo a sollevarsi contro questo modo di procedere dichiarandolo *assurdo*. Egli dimostrò colle più elementari regole della fisica che agendo in tal modo non si otteneva altro scopo che quello di far eseguire al forcipe un movimento di altalena, col quale, mentre i manici erano tirati all'indietro, le cucchiaia venivano portate con forza in avanti trascinando la testa contro la superficie posteriore del pube. Come pure spetta all'*Hubert* il merito di avere pel primo in modo rigorosamente scientifico dimostrato che le tirate fatte con un forcipe ordinario allo stretto superiore hanno sempre una direzione viziosa. È appunto per correggere questo vizio nella direzione della forza traente che l'*Hubert* aveva dapprima proposto il metodo sopradescritto, alla quale proposta ne fece poi seguire un'altra scientificamente più esatta, quantunque di applicazione meno pratica nel fare un'aggiunta al forcipe che doveva essere un germe prolifico. Ma prima di entrare nel discorso delle modificazioni proposte e fatte al forcipe onde raggiungere tale scopo veniamo a vedere quali sono gli inconvenienti che ha il forcipe ordinario come istrumento traente. Allorquando il forcipe è applicato la direzione della forza traente va secondo una linea che riunisce il centro di figura delle cucchiaia stesse e il punto ove è applicata la forza traente, che trovasi presso a poco a metà dei manici. Ora perchè tutta la forza spiegata sia utile è necessario che questa linea rappresentante la direzione della forza traente cada perpendicolarmente al piano dello stretto superiore e quindi nella direzione dell'asse suo. Il che non può assolutamente accadere. Le tirate sono sempre fatte nella direzione di una retta che incrocia il piano dello stretto addominale obliquamente, cioè dal-

l'alto al basso e dall' indietro in avanti. La obliquità della forza traente dipende come si sa dalla presenza del perineo. Ciò fa sì che una parte più o meno grande di forza traente, proporzionata alla maggiore o minore inclinazione di questa sul piano dello stretto superiore, si converte in pressione nociva contro la parete pelvica anteriore a detrimento delle parti materne, della salute del feto, che deve sopportare una pressione proporzionatamente maggiore, e dell'operatore, che dovendo spiegare una forza superiore al necessario, esaurisce quella energia nerveo-muscolare che gli sarebbe tornata utile più tardi.

Non mi pare fuori del caso di ripetere qui la dimostrazione data dall' *Hubert* di questa verità, poichè essa si può dire che costituisce la base degli studi fatti sul forcipe traente nell'asse e ci rende più facile conto del modo in cui ci dobbiamo governare nel tirare col forcipe.

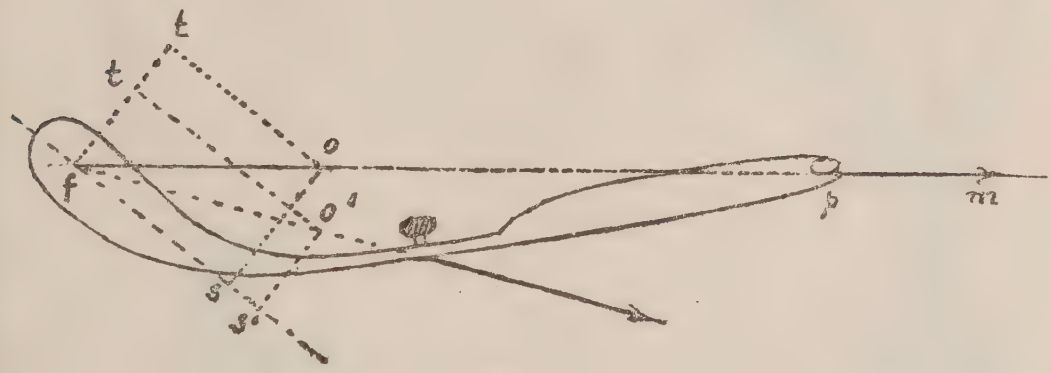


Fig. 1.

« Siano due forze uguali pm, $p'm'$ (fig. 1) di cui la direzione passa pel centro di figura f, ed applicate la prima agli uncini, la seconda all'articolazione. Riportiamo pm in fo e $p'm'$ in fo'; noi otteniamo: $fo = fs + ft$ ed $fo' = fs' + ft'$. Ora $fs < fs'$ ed al contrario $ft > ft'$. In altri termini la forza spesa essendo la stessa l' effetto nocivo è più considerevole se essa è applicata agli uncini che se essa è applicata all' articolazione.

« L'istrumento essendo afferrato contro la vulva è impossibile di dare alla forza una migliore direzione che farla passare sul centro del cranio.

« Noi abbiamo visto che la forza meglio applicata pm produce ancora un effetto compressivo ft, poichè $pm = fo = fs + ft$. Vediamo l' effetto prodotto da una forza di eguale intensità,

pm' (fig. 2) che s'allontana di poco dalla sola buona direzione: decomponendo *pm'* noi troviamo: *pm'* = *pm* + *pz*.

« Ora che cos'è questa forza *pz*, che viene ad aggiungersi all'effetto di *pm*, che compare ora e che non esisteva prima?

« È evidentemente una forza nociva e l'istrumento sarà obbligato a fare un movimento d'altalena da *ft* e *pz*, che sono contrarie, ma non direttamente opposte. Lo stesso ragionamento è applicabile a tutte le altre forze che non siano *pm*, ch' esse si allontanino all'indietro, in avanti o sui lati.

« . . . . . noi siamo autorizzati ad affermare: 1.° che l'effetto nocivo sarà altrettanto più considerevole quanto più la direzione dello sforzo sarà più obliqua; 2.° che il consiglio classico di *tirare più all' indietro che è possibile, è assurdo.*

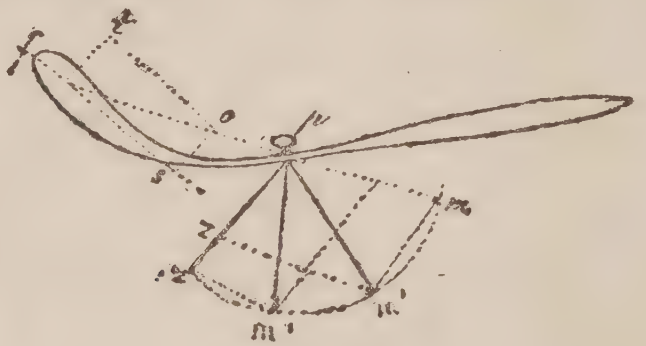


Fig. 2.

« Riassumendo, in causa degli errori generalmente in voga, noi teniamo a dimostrare rigorosamente: 1.° *che non si può giammai tirare sugli uncini, che si deve tirare sull' articolazione;* 2.° *che è necessario che la direzione della forza passi pel centro di figura del cranio e* 3° infine *che allo stretto superiore il forcipe ordinario, anche il meglio diretto, produce ancora delle compressioni.* »

Da queste considerazioni, la cui esattezza è indiscutibile, ne doveva nascere un nuovo ordine d'idee, la verità delle quali viene ogni giorno dimostrata, quello cioè di cercare, contornando il perineo, di portare la forza traente al disotto di questo, nel prolungamento dell'asse pelvico.

Arriviamo così al primo periodo di modificazioni, quello delle curvature perineali. In questa direzione troviamo per ordine di data il *Johnson* (fig. 3), l'*Joung* (fig. 4), il *Mulder* (fig. 5), l'*Uhthoff* (fig. 6), il *Conquest*, i quali tutti tentarono di contornare il pe-

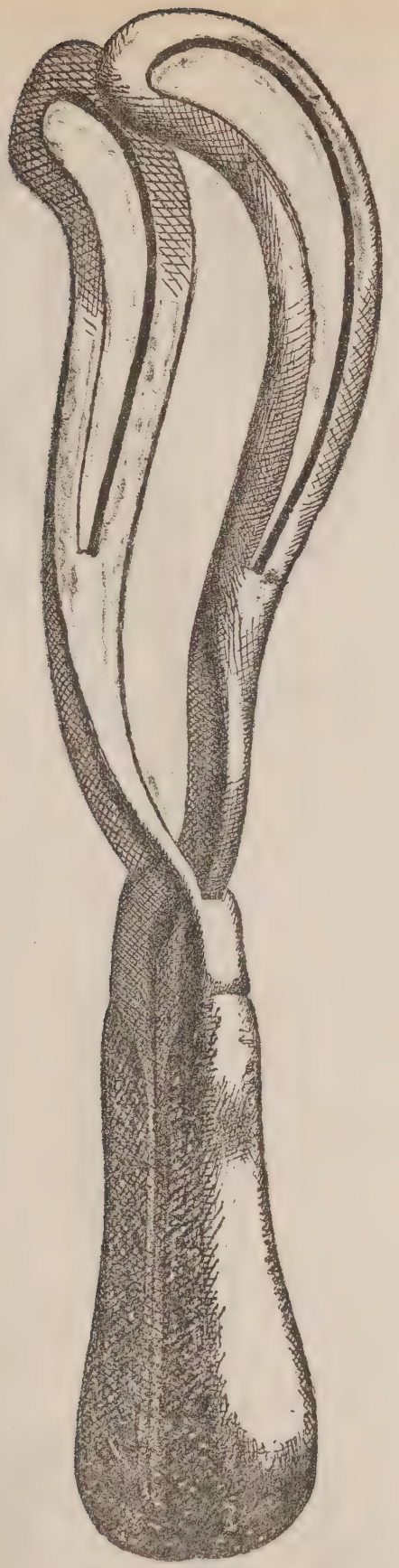


Fig. 3.
Forcipe a curva perineale di Johnson.

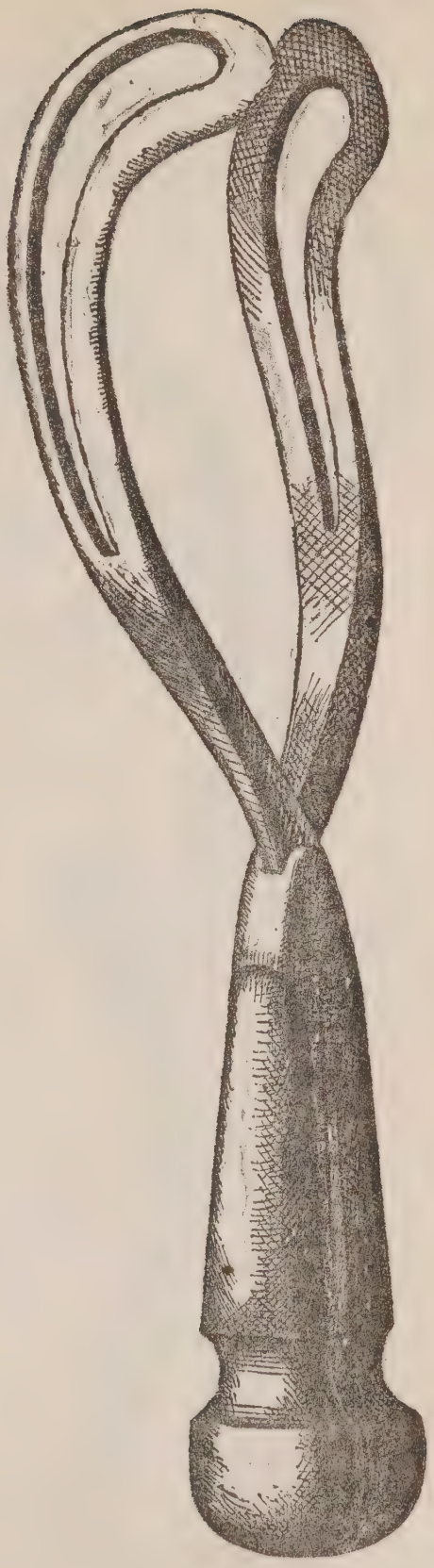


Fig. 4.
Forcipe a curva perineale di Joung.

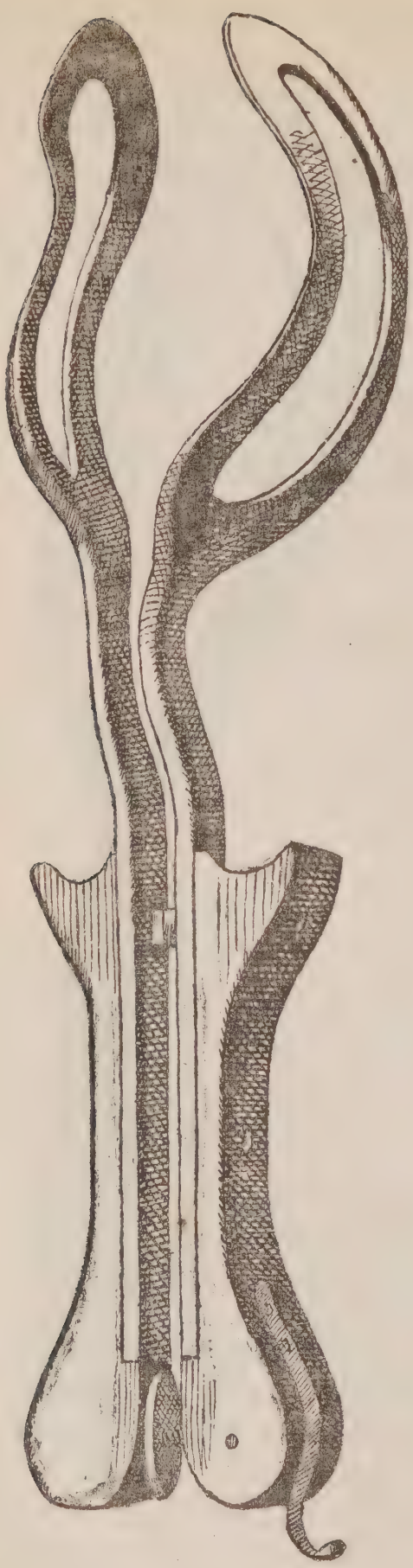


Fig. 5.
Forcipe a curva perineale di Mulder.

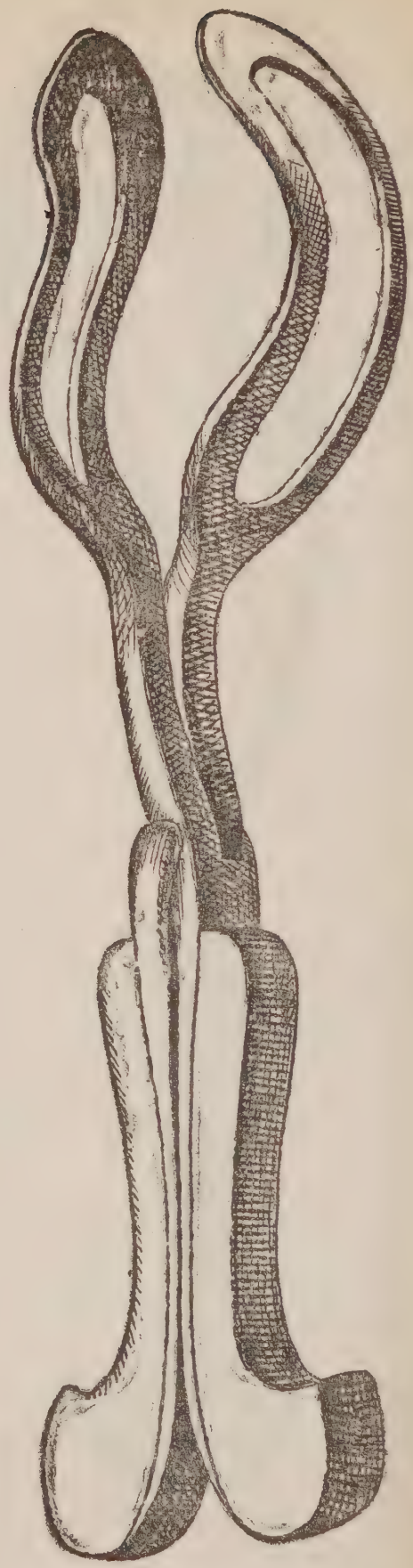


Fig. 6.
Forcipe a curva perineale di Uhthoff.

rineo, collo scopo diretto di rispettare la sua integrità, ma collo scopo vero di avvicinarsi sempre più, nel tirare, all'asse pelvico dello stretto superiore e dello scavo. Questi tentativi rimangono come documenti storici, poichè nè per la serietà delle modificazioni — essendo la curva leggerissima — nè pel vantaggio pratico, tali forcipi godettero favore tranne che presso coloro che ne erano gli inventori.

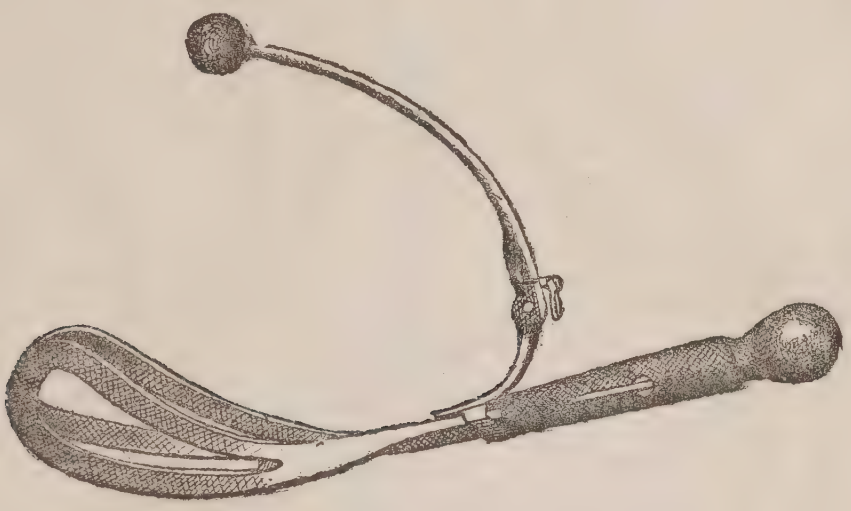


Fig. 7. — Forcipe di Hartmann.

Sempre nell'intento di trarre nell'asse dello stretto superiore l'*Hartmann* fece un'altra aggiunta che pur non incontrò il favore degli ostetrici (fig. 7). Munì il forcipe ordinario d'un'asta curvilinea fissata in vicinanza all'articolazione e diretta in alto ed in avanti e terminata in una sfera sulla quale spingendo in direzione

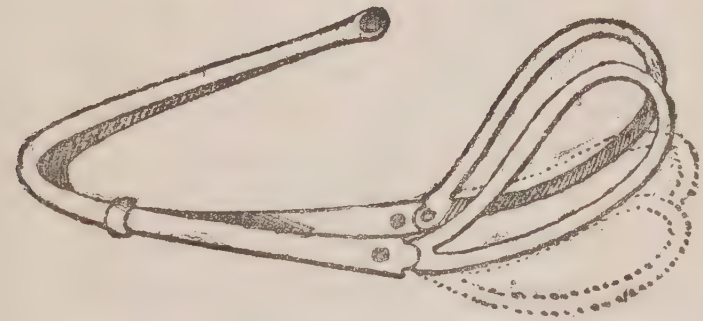


Fig. 8. — Forcipe di Cuzzi.

dall'avanti all'indietro mentre che si agisce sui manici, si tira la testa presso a poco nella direzione dell'asse dello stretto superiore.

In un modo consimile agisce il forcipe proposto dal *Cuzzi* (fig. 8), il quale fece costruire un forcipe a branche parallele ed

incurvate in avanti in modo che, applicato lo strumento, andavano colla loro estremità libera ad inserirsi sopra di una placca metallica tenuta fissa al davanti della sinfisi pubica da una robusta fasciatura serrata attorno al bacino e provvista di due sottocoscie. Con funi avvinte alla finestra dello strumento si facevano le tirate. Immediatamente al disotto della finestra esisteva un' articolazione a cerniera che permetteva un movimento d'oscillazione

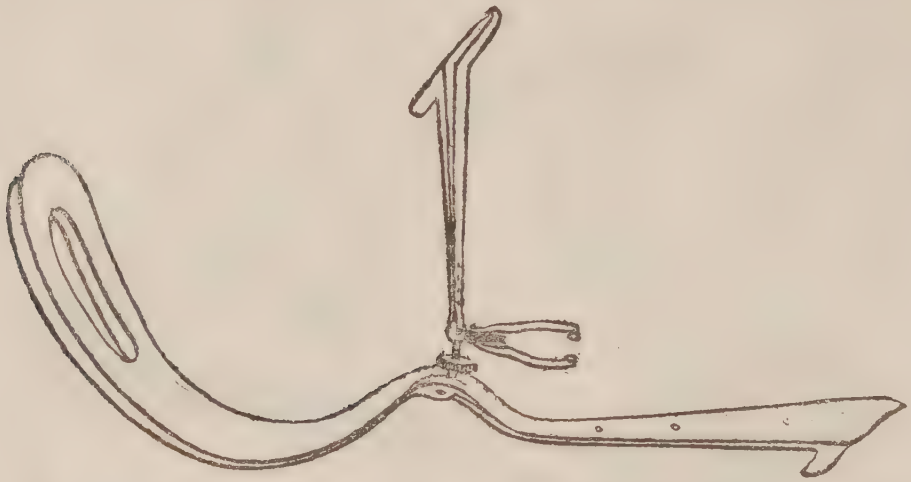


Fig. 9. — Forcipe di Hermann applicato allo stretto superiore.

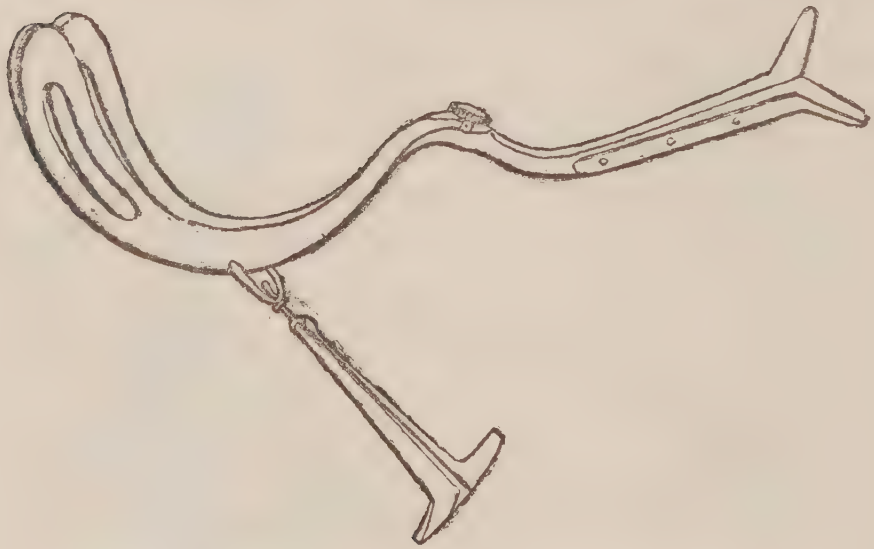


Fig. 10. — Forcipe di Hermann applicato nello scavo.

dall'avanti all'indietro. L'azione traente obbligava l'estremità delle cucchiaia e perciò la testa del feto a percorrere l'arco del *Carus* e quindi approssimativamente la direzione dell'asse pelvico.

Un modo analogo di funzionare, usando uno speciale forcipe, era seguito dall' *Hermann* (fig. 9), il quale aveva munito il suo

forcipe di una leggera curva perineale e di un' asta sulla quale, se la testa era elevata, premeva dall' alto al basso, nello stesso tempo che coll' altra mano teneva fissi i manici dello strumento. Se poi la testa era già discesa nello scavo, essa veniva ad inserirsi sulle cucchiaia (fig. 10) nel punto di congiunzione della gemella anteriore colla posteriore, agendo allora dall' alto al basso come i così detti *nastri lionesi.* Anche a questi istrumenti si attagliano le obiezioni che abbiamo fatte più sopra, della poco praticità loro, e di non rispondere sufficientemente bene al *desideratum* di tirare nell' asse; oltrechè l' uso di tutte queste appendici doveva essere molto complicato, e il risultamento molto problematico.

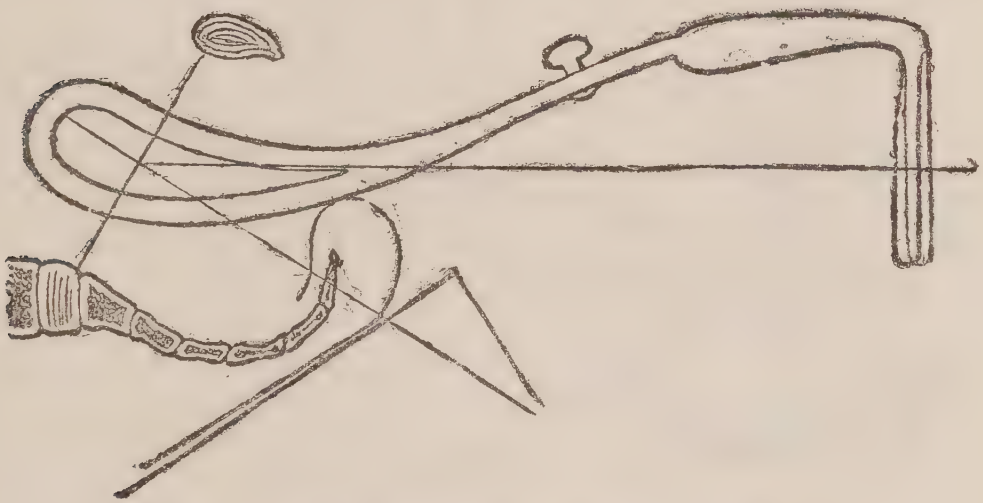


Fig. 11. — Forcipe di Hubert padre - I. modello.

Il Dott. *Aveling* di Londra, citato dal *A. R. Simpson* (On axistraxtion forceps. Edinbourg, 1880), nel 1868 mostrava alla Società Ostetrica un forcipe i cui manici erano curvi all' indietro, di cui faceva poi nel 1878 la difesa, dimostrando i vantaggi di un istrumento che abbia la curvatura pelvica e perineale. E nel 1878, senza conoscere i lavori del *Tarnier,* il Dott. *W. L. Reid* in Glascovia, citato dallo stesso *Simpson* (loco citato) presentava alla Società medico-chirurgica di codesta città un ingegnoso forcipe, che differiva dal forcipe ordinario sotto varii rispetti, fra i quali per avere una curva compensatoria sui manici da permettere di tirare direttamente nella corda delle cucchiaia.

Ma è all' *Hubert* che spetta il vanto di avere, colle sue dimostrazioni geometriche del problema dell'azione traente del forcipe, posto veramente la questione in termini scientifici, e come tale il

problema venne da tutti riconosciuto. Riportai volentieri le sue parole di chiusa a pag. 243 e seg., che si possono leggere sempre come una verità indiscutibile. E propone poi, oltre al metodo stato descritto a pag. 241, due forcipi; l'uno (fig. 11) con un'asta alla parte terminale dei manici diretta all'indietro per tirare nell'asse dello stretto superiore, che non raggiungeva ancora lo scopo perchè troppo breve, il secondo (fig. 12) che consisteva in un forcipe ordinario a cui erasi aggiunta a livello dell' articolazione un' asta diretta all' indietro e più lunga dell' altra, la quale raggiungeva sicuramente la linea assile dello stretto superiore. Il concetto meccanico su cui si poggiavano questi due forcipi era quello che con un' asta incurvata, purchè rigida le tirate si fanno sempre secondo una retta che ne congiunga gli estremi. Il merito dell'ultimo modello

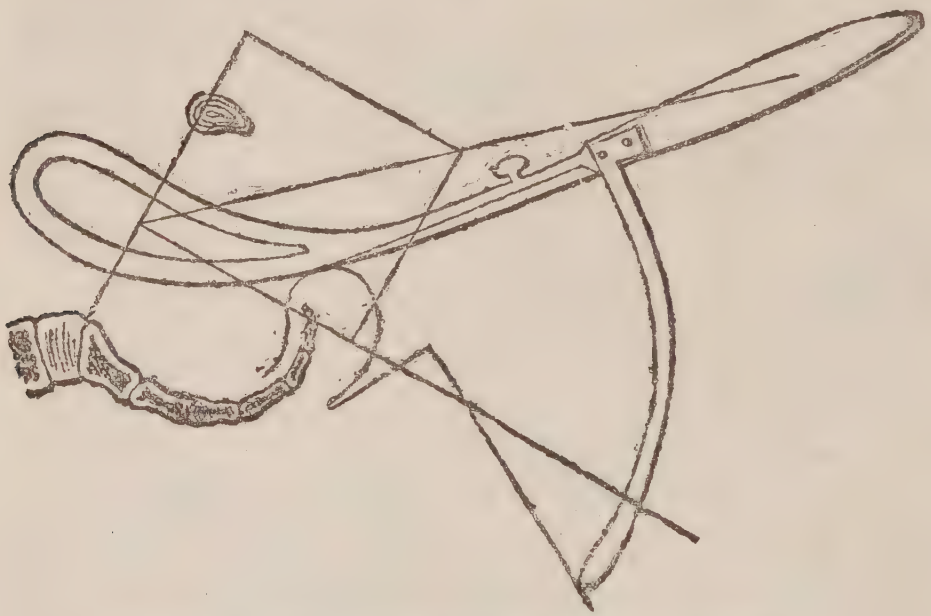


Fig. 12. — Forcipe di Hubert padre - II. modello.

è perciò incontestabile, e se esso non ha potuto farsi strada fra l'universale degli ostetrici d' allora, anzi se non era affatto conosciuto, lo si deve in gran parte al suo inventore stesso, poichè mentre aveva reso di pubblica ragione il primo modello, che non raggiungeva ancora lo scopo, non aveva neppure parlato del secondo che per molti rispetti era superiore al primo. Vediamo per quali ragioni principalmente questa modificazione non ebbe vita. La prima e più importante di tutte è, secondo me, che tranne negli ostetrici di qualche levatura, tutti erano nel pensiero che il forcipe ordinario fosse un istrumento perfetto, e che non valesse

quindi la spesa di occuparsi delle modificazioni che si venivano ad esso proponendo. Tanto più poi che gli ostetrici si erano resi scettici sovra questo argomendo, avendo troppe volte constatato che con certe modificazioni il forcipe aveva fatto un passo indietro invece di perfezionarsi. Un'altra ragione che per me è meno pesante, rilevata dal *Tarnier*, consiste nell'aver ammesso egli stesso

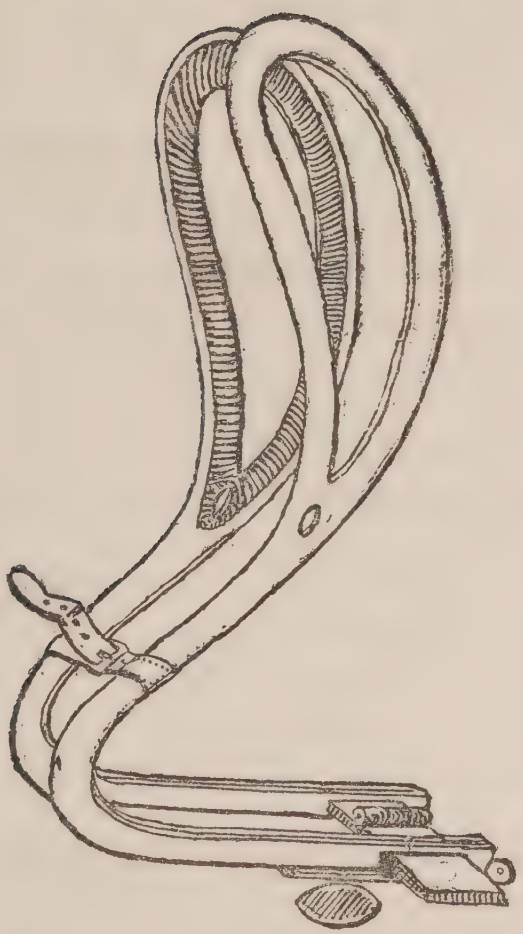


Fig. 13.
Forcipe di Hubert figlio.

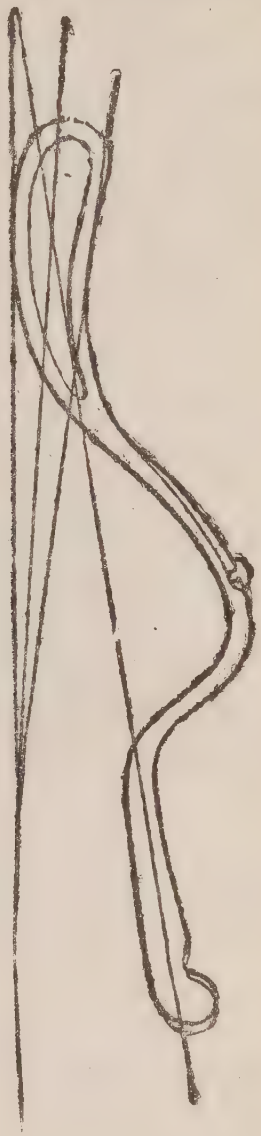


Fig. 14.
Forcipe di Moralés.

che il forcipe ordinario nello scavo è e devesi ritenere un istrumento perfetto mentrechè « *si le detroit superieur n'est pas franchi*, l'action du forceps ordinaire laisse toujours beaucoup à désirer, car il ne peut-être placé dans l'axe de ce dètroit, de sort che la puissante n'est jamais opposée directement à la resistance et qu'elle

se perd, en partie, en pression nuisible contre les os du bassin. » La qual cosa fa sì che essendosi ritenuta l'aggiunta solo utile allo stretto superiore, gli ostetrici hanno continuato a tirare sui manici del forcipe tutte le volte che essi applicavano lo strumento nello scavo ed al disopra dello stretto superiore, cioè nell'immensa maggioranza di casi.

La stessa sorte è pure toccata alla modificazione fatta al forcipe dal *figlio* dell'ostetrico di Lovanis, il quale aveva adottato il forcipe a branche parallele ed incurvate a guisa dell' S italico, per modo che l'estremità dei manici incurvata (fig. 13) notevolmente all'indietro, andava in tal modo a raggiungere l'asse dello stretto superiore prolungato in basso ed all'indietro.

La curva perineale che rappresenta colla curva pelvica una delle migliori perfezioni portate al forcipe e che non venne presa in conveniente considerazione dai contemporanei, rimane nell'oblio fino al 1877.

Nè termina qui la serie delle sterili proposte, poichè vediamo nel 1871 un altro ostetrico presentare un altro forcipe con una curva perineale piuttosto sentita, ma che non sortì miglior esito dei suoi congeneri, quantunque avesse molti pregi. È questi il *Moralés,* l'istrumento del quale (fig. 14) non raggiunse ancora lo scopo pel quale venne inventato; poichè l'azione traente non è ancora nella direzione dell'asse delle cucchiaia come si può vedere bene dalla figura.

(Continua).

ANCORA DEL PARTO NELLE PRIMIPARE GIOVANI

NOTERELLA BIBLIOGRAFICA

del Dott. Prof. **PAOLO NEGRI** in Novara

Mi offre l'occasione di ritornare su questo argomento una comunicazione del Dott. Tittel fatta alla Società Ginecologica di Dresda nel febbraio 1883, e che trovo riassunta nel N. 9 del *Centralblatt für Gynäekologie* (1° marzo 1884); riescirà questa noterella una specie di appendice alle mie *ricerche* pubblicate nel quaderno novembre-dicembre 1883 di questi *Annali*. Il Tittel intitola la sua comunicazione: *Ueber geburten sehr jugendlicher personen;* raccolse le osservazioni dai giornali di istituti clinici, e considerò elementi del suo studio giovinette che concepirono prima del 16° anno — tra le 32 gravide studiate la più giovine avea anni 14, mesi 8 — nessuna era maritata.

Per meglio raggiungere il mio scopo riporterò qui i risultati ai quali pervenne il Tittel, mantenendo il medesimo ordine seguito nelle mie *ricerche*.

Durata del periodo dilatante. — La durata media fu nei casi del Tittel di ore 22,30.

Durata del periodo espulsivo. — Ore 2,25 minuti.

Il Tittel calcolò anche la durata del terzo periodo (secondamento) e la trovò di minuti 11 circa.

Rispetto a questi dati troviamo un grande divario con le conclusioni alle quali arrivammo noi, specialmente per il primo periodo: infatti, di fronte alle 22,30 del Tittel, noi dobbiamo scrivere la cifra assai bassa di 12,57, non così invece per il secondo

dato: il periodo espulsivo fu in media nei casi dell'A. della durata di ore 2,25, nei nostri di 2,55. Questa piccola differenza trova forse una spiegazione nel modo con il quale si terminò il parto in qualche caso dell'A. (forcipe), mentre tra le nostre osservazion abbiamo perfino in un caso la enorme durata di ore 10; escluso dal computo questo caso (anche perchè si trattava di parto prematuro) la media discenderebbe ad ore 2,39.

Per il primo dato noi rimandiamo il lettore a quanto già dicemmo intorno alla difficoltà di stabilire esattamente la durata di questo periodo, volendo a tale fatto attribuire la grande differenza.

Sesso del neonato. — Nei nostri casi avevamo trovato in prevalenza i maschi sulle femmine (15 m. e 12 fem.). Nei casi dell'A. invece si ha il contrario: il 57,6 % di femmine, il 42,4 % di maschi, in nessun accordo questo risultato anche con i dati del Dieterlen (maschi 9, femmine 7).

Sviluppo del neonato. — Il Tittel non riporta che i risultati del peso e sono questi:

peso medio per tutti . .	grm.	2907,5
» dei maschi .	»	3102
» delle femmine	»	2605

La nostra media generale sarebbe invece superiore e precisamente di grm. 3145; quella invece del Dieterlen sarebbe di assai poco inferiore di grm. 2900.

Andamento del puerperio. — A parte le riserve da noi fatte su questo proposito troviamo nel Tittel che delle 29 puerpere delle quali si trovano dati, 18 volte il puerperio fu febbrile, ossia nel 62,4 %; una gravida liberata con il forcipe morì in seguito a resipola; solo in 4 casi decorse il puerperio senza anomalia. Ne induce da ciò l'A. che la tenera età predispone alle forme puerperali: ma secondo noi tale conclusione va accolta con molta riserva per le ragioni altrove addotte.

Presentazione e posizione. — Anche nei casi del Tittel come nei nostri ed in quelli del Dieterlen, tutti i feti si presentarono con

il vertice; predominarono come sempre le posizioni con il dorso a sinistra e precisamente sopra 21 occipito-sinistre se ne ebbero 11 occipito-destre.

Finalmente per l'intervento l'A. nota che 2 volte vennero praticate le incisioni laterali, 2 volte fu impiegata la manovra di Rietgen, 3 volte applicato il forcipe, 1 volta finalmente fu manualmente eseguito il secondamento.

Fra i bambini due s'ebbero morti, furono malati per ittero 9 (3 dei quali con suppurazione della vena ombelicale), per blennorrea 3.

Novara, 13 *marzo* 1884.

BIBLIOGRAFIA

Operazione di Porro. — Memoria per servire da introduzione a una discussione nella sezione ostetrica del congresso della *British association* del Dott. **Clemente Godson** medico consulente alla maternità di Londra. — (*Porro's operation. — Introduction to a discussion in the section of obstetric medicine — By Clement Godson, M. D. consulting physician to the city of London Lying in hospital; assistant physician-acconcheur to St. Bartholomew's Hospital.*)

Una lettera scrittaci dal Dott. Godson da Londra il 25 u. s. dice di questa operazione quanto segue: « Due volte essa venne praticata « nell'anno corr. in Inghilterra, una dal Dott. Herman del London » Hospital, per rachitismo, il 14 febbraio; Feto vivo, madre morta in « 10ª giornata; l'altra dal prof. Alessandro Russell Simpson a Edim- « burgo, per ostruzione della pelvi da tumori fibrosi; morte del feto « e della madre. — Così, continua, il nostro corrispondente, si con- « tano in Inghilterra, e a tutt'oggi, 8 operazioni Porro con 7 donne « morte »; unica guarita, quella operata da Godson il 27 novembre 1882. Gli è la storia di questa sua operazione che il Godson si fece a narrare alla sezione ostetrica del congresso dell'associazione medica britannica. — Alla narrazione ottimamente condotta del caso clinico tenne dietro una interessante discussione cui presero parte Smith,

Tait, Grigg, Roberts, Cousins, Walter e Grant; segne al sunto della discussione un prospetto statistico tra i migliori che siansi pubblicati, e che deve aver costato all'autore non piccola fatica, trattandosi di raccogliere informazioni e indicazioni bibliografiche da tutte le parti del vecchio e nuovo mondo su 138 operazioni vere di Porro, senza contare le isterectomie prima della vitalità del feto, quelle in seguito a rottura dell'utero, e le laparotomie per estrazione del feto dal cavo addominale. — Gli è quel lavoro medesimo che imprendeva qualche tempo prima, e sott'un aspetto più largo e sintetico, e compieva recentemente in questo giornale, con tanto utile degli ostetrici, e lustro proprio, l'egregio nostro collaboratore il prof. Luigi Mangiagalli.

La operazione fatta dal distinto collega di Londra, il Godson, offre, nel rispetto della tecnica, questo di particolare ch'egli fece di animo deliberato la incisione dell'utero *nel senso trasversale* anzichè longitudinalmente com'è la pratica comune, estraendo il feto per la testa; fece quindi la legatura metallica del cono cervico-uterino e tagliò l'organo sopra il laccio *senza prima estrarre la placenta.* — Lo stringimento emostatico fu ottenuto con il piccolo costrittore Kœberlè, e il peduncolo venne assicurato con due aghi a croce infissi sotto il filo costrittore; per più sicurezza fu messo sotto agli aghi un robusto laccio di seta.

La operata era fuori di pericolo al 10° giorno sebbene dal 2° al 3° fosse stata colpita da accessi eclamptiformi (urine non albuminose). e 30 giorni dopo la operazione fu perfettamente guarita. — La pelvi di questa donna molto deformata per fratture in seguito a caduta e lunga suppurazione all'età di 4 anni, misurava nella coniugata vera 30 mm. appena. — Noi associamo a quelle dei suoi compatrioti le nostre sincere congratulazioni al Dott. Godson per il suo brillante successo, tanto più notevole perchè il solo finora ottenuto in quella città dove numerosi operatori contano a centinaia le laparotomie e le guarigioni. — Peraltro vogliamo francamente dichiarare che non dividiamo la opinione del Dott. Grigg (di Londra) che prendendo parte alla discussioue disse; « La differenza tra la operazione di Porro e « quella di Godson è sì grande che questa (di Godson) può quasi

« chiamarsi una nuova operazione. » — Processo... modificazione... sì, ma nuova operazione no certamente, poichè si tratta sempre dell'amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo; ed è pur questo l'avviso di Godson medesimo, come indica il titolo del suo bel lavoro. D. C.

H. Hofmeister. — Contributo alla casistica del bacino spinoso e della perforazione dello spazio del Douglas durante il parto (*Zur Casuistik des Stachelbeckens und der Perforation des Douglas'schen Raumes bei der Geburt. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.* X Band. I Heft. — Stuttgart 1883).

L'Autore riporta l'osservazione di un parto distocico in IIpara (già operata di fistola cisto-vaginale avvenuta nel primo parto), per prominenza del promontorio, parto terminato con rivolgimento e seguito da morte della donna. All' autopsia ha trovato che il promontorio aveva un' appendice ossea che si spingeva in avanti verso il pube rendendo la C. V. di 7,6 ctm., l'ultima vertebra lombare saldata con la prima sacrale e così la parte esterna sinistra della apofisi trasversa dell' ultima vertebra lombare saldata con l'ala del sacro. Trovò inoltre una cicatrice di vecchia data, dovuta a lacerazione dello spazio del Douglas avvenuta nel primo parto, e senza che dalla storia anamnestica occorresse notizia di questo accidente. A questa osservazione l'A. ne unisce un' altra di un parto languido durato tre giorni e terminato con applicazione di forcipe, dopo il quale con l' esplorazione digitale potè constatare una lacerazione dello spazio dal Douglas. In luogo della peritonite che verosimilmente doveva insorgere, il puerperio fu normalissimo e la lacerazione si cicatrizzò senza dar segno di sè. Da queste due osservazioni l' A. ne deduce che le lacerazioni dello spazio del Douglas sono assai più frequenti di quanto si possa

immaginare, che non se ne è fatti accorti per il loro decorrere subdolo, e che la riparazione si fa per processi infiammatori delle circostanti parti peritoneali. K.

Contributo alla terapia del carcinoma uterino complicato da gravidanza, e durante il parto per **Alfredo Gönner** (*Zur Therapie der durch carcinom des uterus complicirten Schwangerschaft und Geburt.* Idem).

Dopo aver riportato le teorie e la pratica usata da diversi nella complicanza dell'utero canceroso con gravidanza o in soprapparto, l'A., confortato da sei casi che gli sono occorsi, riferisce la sua condotta in simili contingenze. Secondo l'A. la miglior pratica è di aspettare l'insorgere delle doglie e comportarsi quindi a seconda del caso, non intervenendo con l'arte se non quando la vita del feto corra pericolo. Se il tumore sarà diffuso a tutto il segmento inferiore e parti circumvicine asportarlo, sia con termocautere, sia con pinze; se più che vero tumore si tratti di semplice infiltrazione limitarsi a delle incisioni sul collo e terminare il parto con estrazione sia strumentale sia manuale. K.

L. Kleinwächter. — Influenza della età sul parto nelle primipare (*Der Einfluss des Lebensalters auf die Geburt Erstgeschwänugerter.* Idem).

L'A. riporta gli studii fatti sopra 920 ricoverate fra i 16 ed i 41 anni nella clinica di Innspruck e ne studia i particolari della vita sessuale cominciando dalla prima mestruazione fino al parto. In questo studio comprende tutto quanto riguarda la frequenza delle complicanze nella gravidanza, la durata della stessa, le anomalie nel parto, l'esito di questo e l'andamento del puerperio e su una elaborata sta-

tistica ne trae delle sane conseguenze pratiche. Egli ha diviso per questo studio le donne in tre categorie: le giovani dai 16 ai 19 anni, le adulte dai 20 ai 29, le vecchie dai 30 ai 41. K.

A. Martin. — *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie,* pag. 146. X Band. I Heft, 1883.

L'A. riferisce, nella seduta del 22 giugno 1883 della Società d'Ostetricia e Ginecologia, un caso di operazione cesarea secondo Porro, seguita da esito felice. Guarigione completa al dodicesimo giorno dall'operazione. K.

NOTIZIE

La Società Italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria terrà la sua adunanza annuale a Torino dal 20 al 25 settembre a. c. In tempo utile sarà fatto noto il luogo e l' ora della riunione. I sunti delle comunicazioni o delle presentazioni devono essere inviati al sig. Prof. Paolo Negri uno dei segretari, a Novara, non più tardi del 31 luglio.

LIBRI VENUTI IN DONO AL GIORNALE

De la pince à os et du cranioclaste, par le Dr. A. Auvard. — È una monografia di pag. 252 che ci riserviamo di analizzare in un prossimo numero del giornale.

Consejos familiares sobre la Hygiene de la primera infancia, por D. Francisco Vidal Solares.

Rapport sur un nouveau procédé de faradisation utérine, par M. Apostoli.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume VI. Maggio 1884 N. 5.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

IL FORCIPE TRAENTE NELL'ASSE

TESI

PER LA LIBERA DOCENZA IN OSTETRICIA

del Dott. GIOVANNI INVERARDI

Medico 1.° Assistente nell'Istituto Ostetrico di Torino.

Valore e critica delle modificazioni fatte al forcipe per renderlo istrumento traente nell'asse.

(*Cont.* V. N. 4, pag. 229).

CAPITOLO II.

Trazioni meccaniche. (1)

Lo stesso anno è pur degno di esser ricordato per aver visto la luce una pubblicazione del *Chassagny* di Lione, la quale, accanitamente avversata dagli ostetrici più valenti dell'epoca, specialmente in Francia, arrecò un non piccolo vantaggio al forcipe, che senza gli studi dell'*Hubert* e del *Chassagny*, non avrebbe ricevuto le favorevoli modificazioni del *Tarnier*. Come abbiamo fatto per l'*Hubert*, anche pel *Chassagny* cercherò di dare un'idea succinta del suo lavoro, fermandomi soltanto su ciò che interessa la mia

(1) Piegandoci alla tirannia dell'uso adoperiamo la parola *trazione* sebbene non abbia domicilio nel dizionario italiano; i puristi vorranno scusarci grazie alla nostra franca dichiarazione.

questione. L'apparecchio del *Chassagny* (fig. 15) consiste essenzialmente di un forcipe a branche parallele e di un apparecchio per le trazioni. Dapprima le branche portavano nella parte alta delle cucchiaia una sbarra trasversale per dare attacco ad un robusto nastro di seta, e l'articolazione era fatta in modo che con un

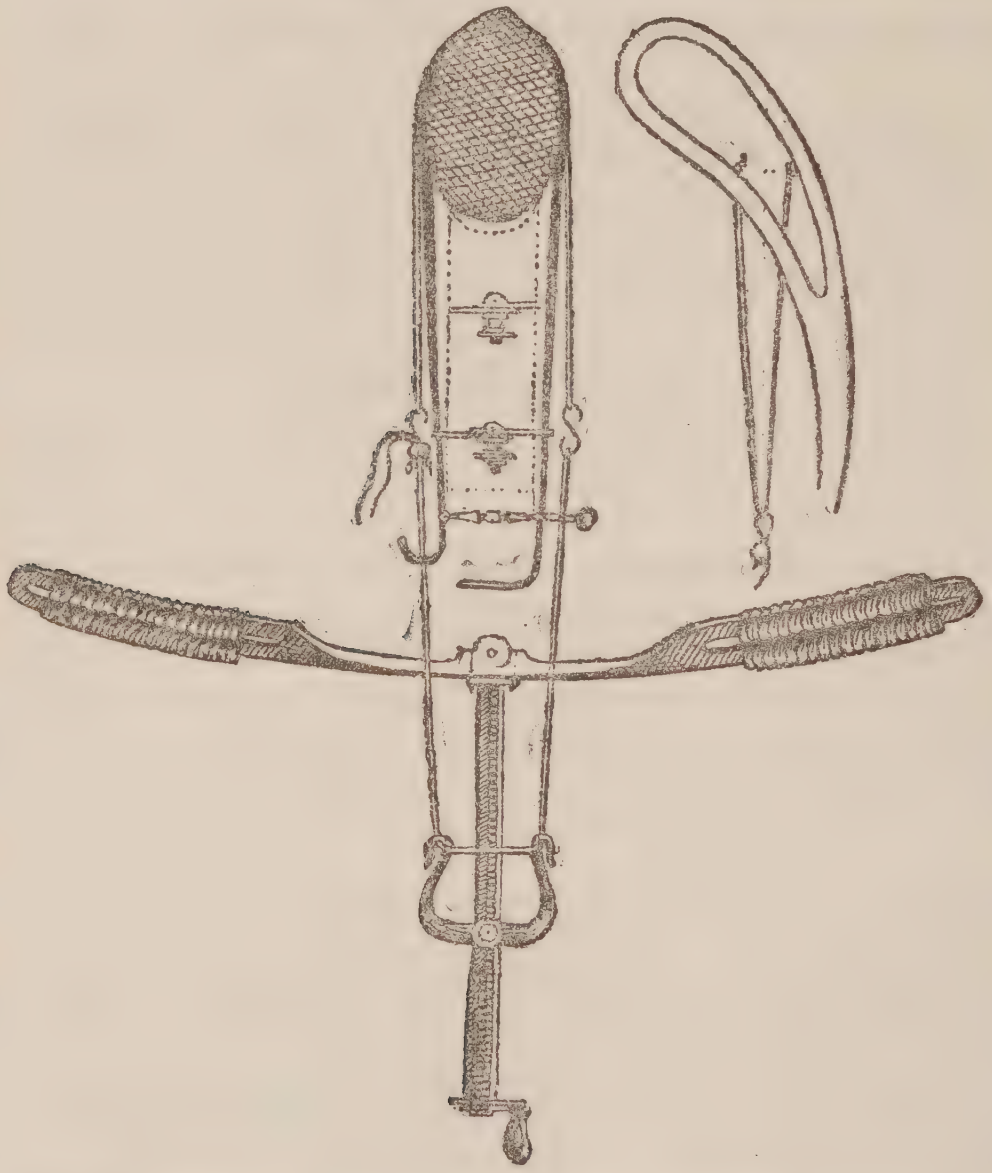


Fig. 15. — Forcipe ed apparecchio a trazioni sostenute di Chassagny.

movimento di vite si avvicinavano le branche a volontà. Di poi alla sbarra trasversale sostituì due uncini situati al margine interno delle gemelle acciocchè rimanesse fra di queste uno spazio sufficiente per l'impegno delle bozze parietali; ed all'articolazione a vite sostituì un' asta dentata fissata con una piccola vite.

L'apparecchio per le tirate era costituito da una cannula contenente una vite che col suo moto faceva scorrere un piccolo carretto provvisto di due uncini, ai quali erano vincolati due robusti cordoni di seta che provenivano dalle due branche. Questo apparecchio prendeva punto d'appoggio sulle ginocchia della partoriente per mezzo di una sbarra trasversale imbottita agli estremi.

Con questo apparecchio si aveva l'intendimento di fare le tirate sul centro di figura del capo, il quale corrispondeva assai esattamente al punto ove erano impiantati gli uncinetti o la sbarra. Credeva con ciò il *Chassagny* di trarre secondo l'asse del canale pelvico, partendo dal concetto che un corpo situato in un canale curvo viene trascinato secondo l'asse di questo canale, qualunque sia la direzione della forza traente purchè questa sia impiantata nel centro di figura del corpo e non faccia col suo asse un angolo superiore di 45°.

Non solo l'esperimento e il ragionamento teorico ha fatto giustizia di questa asserzione, ma anche l'osservazione clinica ha dimostrato (ed è universalmente accettato) che una forza traente per riuscire pienamente utile deve essere affatto contraria alle resistenze, e che se essa devia anche di poco della linea risultante delle resistenze una parte di essa si traduce in forza di compressione sulle pareti del contenente. Anche col forcipe *Chassagny*, munito del suo apparecchio traente non si fanno le tirate secondo l'asse e perciò in virtù della dimostrazione dell' *Hubert* anche il forcipe dell' ostetrico lionese non soddisfa ancora alle esigenze di tirare secondo l'asse.

Annullato questo vantaggio dell' apparecchio *Chassagny*, cade come si vede chiaramente il principale degli scopi per non dire il solo scopo che l'autore delle *trazioni meccaniche* si era proposto e si era creduto di risolvere.

Potrà forse parere a qualcuno che io sia in contraddizione con me stesso allorquando, cominciando a parlare del forcipe *Chassagny*, dissi che andiamo in parte debitori a lui se oggi possediamo un forcipe meno imperfetto di prima. Ma la contraddizione non esiste, imperocchè se non si può passare per buona la scoperta del *Chassagny* come atta a risolvere la questione della tirata nell'asse, i suoi studi dimostrano però che si ha un dispendio minore di forza, e perciò maggiore risultato utile applicando la forza sul centro di figura del capo.

Questa cognizione era già stata messa in pratica, è vero, dal

Prof. *Giordano*, allorquando aveva ideato e fatto eseguire un forcipe ch'esso chiamò *setraente*, perchè era destinato ad essere tratto dalla donna istessa. A tal uopo due nastri partivano da una sbarra trasversale, situata alla metà circa delle finestre, e, raccoltisi in un occhiello esistente al disotto della parte articolare, si fissavano ai piedi della donna, la quale, negli sforzi che accompagnano il periodo espulsivo, tirava da sè il forcipe. Ma la poca pubblicità, data alla proposta dallo stesso suo autore, fece sì che ora viene, a torto, universalmente ascritta all'ostetrico d'oltralpe il merito della scoperta.

Nè è questo il solo vantaggio che ci interessi nell'apparecchio dell'ostetrico lionese. Un altro pure grande è quello di avere dimostrato che si può tirare, ed anche forte, sul forcipe, conservandogli tutta la sua libertà. Possiamo infatti con questo eseguire movimenti di innalzamento, di abbassamento, di rotazione e di lateralità, che sono cotanto utili all'ostetrico ed alla partoriente purchè siano limitati e non si prenda alcun punto d'appoggio sulle parti materne, indipendentemente dall'apparecchio traente.

Non è ora mio compito entrare nel merito degli altri vantaggi attribuiti dal suo inventore all'apparecchio delle trazioni meccaniche; mi basti solo l'aver fatto notare che come istrumento traente nell'asse l'istrumento di *Chassagny* non fu certo fortunato; ma consacrò alla scienza questa cognizione: che le tirate fatte sul centro di figura risparmiano un certo grado di forza e che a parità di obbliquità nella direzione della forza traente il lavoro utile sarà in ragione diretta della vicinanza del punto d'impianto della forza traente al centro di figura del mobile; e stabilì il fatto che con questo genere di apparecchi è possibile lasciare al capo fetale tutta la sua libertà di movimenti nella cavità pelvica, senza che l'ostetrico abbia da curarsi più che tanto del moto che devesi favorire nel fare le trazioni.

Il tiratore meccanico del *Chassagny* destò una discussione molto viva e si videro ostetrici di vaglia negargli ogni vantaggio, accusandolo di danni gravissimi per le due creature che erano in giuoco, mentre altri lo sostennero a spada tratta.

Ma la verità che ognora si fa strada da sè stessa ha fatto ragione della prima parte della scoperta, mentre ha conservato quello che c'era di più buono nella seconda, nell'applicazione cioè della forza traente in tutta prossimità del centro di figura del

capo fetale, il quale veniva a conservare insieme col forcipe tutta la libertà di movimenti nella cavità pelvica.

Infatti i più intelligenti cultori dell'arte ostetrica dinotarono subito di aver afferrato il lato buono della proposta *Chassagny*. Il *Tibone* fece aggiungere alle cucchiaia del forcipe una sbarra trasversale per fare sopra di queste le trazioni per mezzo di nastri avvinti ad esse. Il *Laroyenne* di Lione fa scolpire sulle gemelle posteriori un foro attraverso ai quali passa un nastro su cui applica la forza traente.

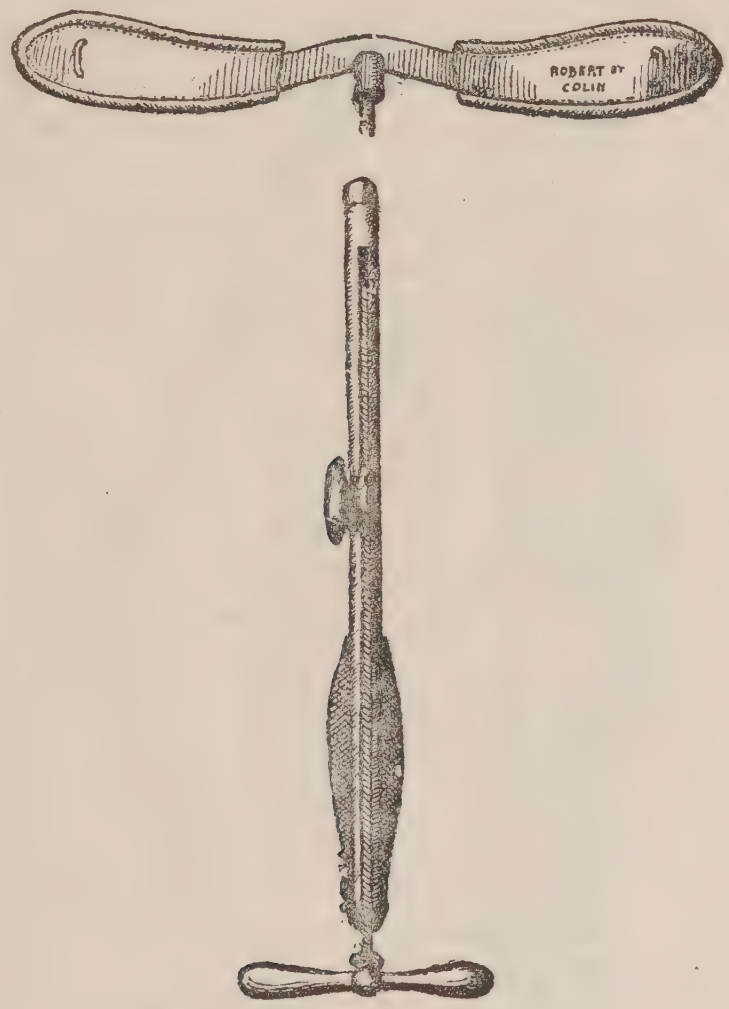
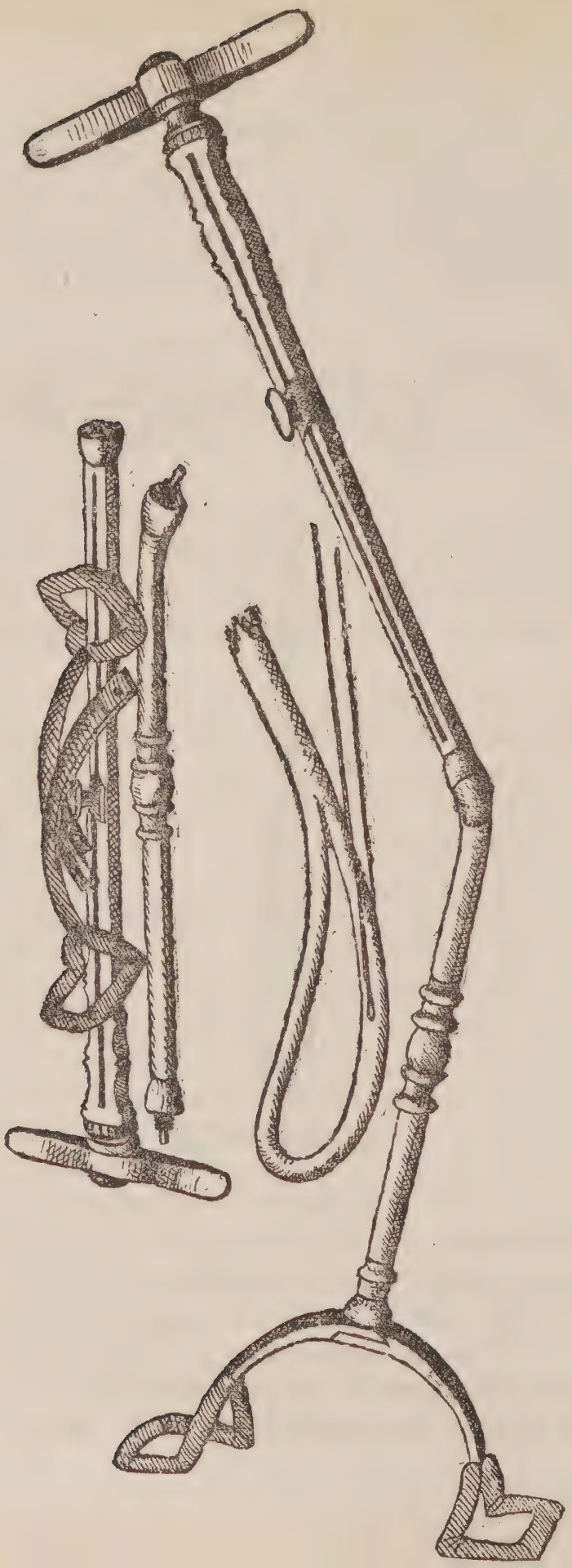


Fig. 16. — Ajuta-forcipe Joulin.

Il *Joulin* (fig. 16) fa passare nelle finestre del forcipe una cordicella che fissa di poi ad un dinamometro su cui si fanno le trazioni meccaniche per mezzo di un apparecchio a vite analogo a quello del suo accanito competitore, il *Chassagny*. Con questa differenza però che quantunque le sue trazioni siano ugualmente fuori dell'asse pelvico, vi si avvicinano però di più che quelle



fatte coll'apparecchio di *Chassagny*, prendendo il *Joulin* per punto d'appoggio le tuberosità ischiatiche e non le ginocchia.

Il *Tarnier* fa come il *Joulin*, solo che al tirante a vite sostituisce quello composto di un sistema di pulegge che permettono di spiegare molto lavoro impiegando pochissima forza.

Il *Poullet* di Lione (fig. 17), che troveremo di poi autore anch'esso di una modificazione al forcipe degna di essere presa in considerazione, incurva il tirante, che si fissa esso pure sugli ischii, in alto ed in avanti, onde portare in questa direzione la forza traente man mano che il forcipe progredisce nella cavità pelvica. Questo autore, il cui genio inventivo in fatto di meccanica non è ispregievole, contribuì validamente al progresso di questa importante branca dell'ostetricia. Altrove terremo nuovamente discorso di lui.

Seguirono lo stesso ordine d'idee il *Pros de la Rochelle* e l'*Hammon*, prendendo il primo punto d'appoggio sopra un tavolo di legno situato sotto il bacino della partoriente, ed il secondo nella piegatura genito-crurale per mezzo di due specie di sostegni.

Ma tutte queste modificazioni non portarono ancora la questione sul terreno della pratica, ma ebbero però tutte il merito di acquistare per la scienza il principio che coll'impianto della forza traente nella maggiore vicinanza al centro di figura del capo si aveva un maggiore effetto utile e si lasciava al forcipe ed al capo tutta la loro libertà di movimenti.

Così il forcipe che da istrumento a branche parallele e ad una sola curvatura — la cefalica — si era già trasformato in istrumento a branche incrociate ed aveva ricevuto una seconda curvatura — la pelvica —, ora per opera degli studi e delle proposte dell'*Hubert* e del *Chassagny* noi lo vediamo fare un notevole passo verso la sua forse non lontana perfezione. Infatti col ricevere la curvatura pelvica si è resa più facile l'applicazione allo stretto superiore e meno infida la presa; coll'incrociare le branche si è ottenuta la semplicità nell'articolazione, il cui primato da questo lato spetta indubbiamente al forcipe inglese; colla curva perineale si possono fare le tirate secondo l'asse dello stretto superiore; coll'inserzione della forza traente in vicinanza del centro di figura del capo si possono fare le tirate col minor dispendio di forza possibile; coll'applicazione di un apparecchio per trarre si rende il forcipe assolutamente indipendente dalle tirate fatte sopra di esso.

CAPITOLO III.

I forcipi traenti nell'asse.

1. Forcipi Tarnier.

Arrivata la questione a questo punto non può quindi recare meraviglia se sia sorta una voce autorevole per studi forti e per esperienza vastissima a proclamare che: « On ne saurait nier, sans commettre un hérésie scientifique, qu'il n'y ait une importance de premier ordre à donner aux tractions sur le forceps, la direction de l'axe du canal que la tête fœtale doit traverser. Mais cette direction, quelle est-elle sur le bassin de la femme qui accouche? Un opérateur instruit le devine à peu près, mais nul ne le sait exactement. L'accoucheur est donc, pour ainsi dire, privé de boussole et reduit à orienter tant bien que mal la marche de son forceps d'après ses connaissances anatomiques.

« La tête du fœtus en parcourrant les voies génitales communique, il est vrai, au forceps un impulsion qui peut être perçue par la main de l'opérateur; mais cette sensation est une guide très-insuffisant pour bien diriger les tractions, car j'ai souvent vu les accoucheurs plus expérimentés éléver et abbaisser tour a tour le forceps, parce qu'ils n'étaient pas certains de bien tirer et qu'ils étaient obligés de tâtonner longtemps avant de trouver la bonne direction, quand ils la trouvaient. Enfin cette sensation fait complètement défaut, lorqu'on emploie les tractions mecaniques. »

I primi tentativi in questa direzione condotti con vero rigore scientifico abbiamo visto appartenere all' *Hubert* padre (fig. 11 e 12) e a suo figlio (fig. 13). Avendo già di esso dato il mio giudizio passo a parlare delle modificazioni fatte al forcipe dal *Tarnier*. Non voglio seguire tutte le modificazioni apportate da quest'autore al forcipe essendo moltissime: mi limiterò a quelle che hanno qualche importanza.

E prima di entrare nella descrizione dei forcipi traenti nell'asse farò precedere qualche parola sulla nomenclatura di alcune parti di essi, che io adotterò per brevità di linguaggio. Conservo

semplicemente il nome di *branche*, alle due parti del forcipe che servono per la presa, le quali si dividono in *cucchiaia* (risultanti alla loro volta delle *gemelle anteriore* e *posteriore* e della *finestra*), parte articolare o semplicemente *articolazione* e *manici*. La *vite* è quella che tiene ravvicinati i manici una volta fatta l'applicazione e ottenuta l'articolazione.

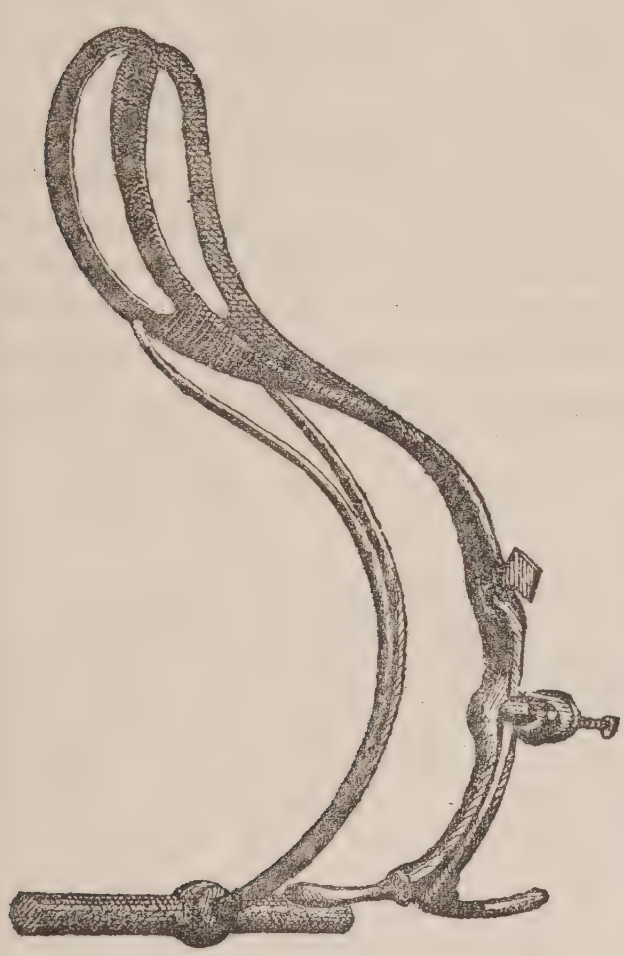


Fig. 18.
Forcipe di Tarnier - I. modello

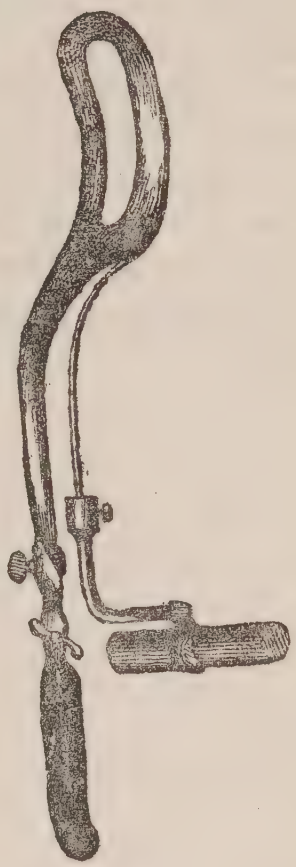


Fig. 19.
Forcipe di Tarnier - II. modello.

Chiamerò di poi *apparecchio per le tirate* quello che è aggiunto al forcipe e che consta delle *aste* che si riuniscono alle gemelle posteriori; del *manubrio* su cui si fanno le tirate e dell' *innesto* che riunisce questo a quelle.

a) Il *Tarnier* modificò dapprima il forcipe coll' incurvare i manici (fig. 18), e coll' aggiungere un apparecchio per trarre il quale modificato leggermente nei modelli successivi, ritrae però sempre la sua prima impronta, quella cioè di descrivere una curva posteriormente onde poter abbracciare il perineo, e raggiungere

il prolungamento dell'asse dello stretto superiore e dello scavo. Di più questo forcipe presenta vicino alla parte articolare dei manici una vite la quale è destinata a tenere ravvicinati i manici e assicurare così la presa. L'articolazione consiste in un perno a vite sulla branca maschio o sinistra, e in un'intaccatura laterale sulla branca destra. Quest' articolazione si trova su tutti i modelli pubblicati da quest'autore. La figura mi dispensa da una descrizione più minuziosa. Aggiungerò solo che è questo il primo forcipe dopo la seconda edizione del forcipe *Hubert* padre e dopo quello dell' *Hubert* figlio che abbia veramente il manubrio dell'apparecchio traente sulla direzione dell' asse delle cucchiaia, e perciò si può tirare nell'asse del piano pelvico in cui esse si trovano. Noto però un inconveniente che venne rimarcato dallo stesso suo inventore, quello cioè che applicata la seconda branca si deve certamente incontrare una certa difficoltà a far passare l'asta al davanti, poi a destra per portarla in ultimo al di dietro della branca sinistra.

(Continua).

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Roma

TRE CASI DI FIBROMA DELL'UTERO

OSSERVATI IN GRAVIDANZA

PARTO E PUERPERIO (1)

dal Dott. ARTURO BOMPIANI

Ajuto Clinico e Chirurgo sostituto degli Ospedali di Roma.

Presento all'Accademia tre storie di fibromi dell' utero complicanti la gravidanza ed il parto. Li credo un interessante contributo alla casistica delle distocie materne, perchè questa non è la più frequente ad incontrarsi. Inoltre tali storie concorreranno ad illustrare i concetti sulla frequenza, la sede, la influenza sul concepimento, gravidanza, parto e puerperio e gioveranno anch'esse a dare criterii direttivi sul trattamento profilattico ed attuale in casi simili.

Il giorno 10 ottobre 1883 visitai per la prima volta una signora in compagnia del chiarissimo mio maestro il Professore Pasquali che ne era il curante. Donna di 35 anni, godette ottima salute e fu regolarmente mestruata senza incomodi finchè fu nubile. Maritata da tre anni soffrì presto di dolori e peso nel piccolo bacino alle epoche mestruali che si fecero sempre più protratte e con perdita viemaggiore di sangue. Fu visitata da un chirurgo che diagnosticò una *stenosi cervicale* e cauterizzò detto canale, e parve migliorata.

Un anno dopo ripetutisi i disturbi di prima, consultò il signor

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia Medica nella seduta 27 aprile 1884.

Prof. Pasquali che allora fece diagnosi di retroversione di utero. Attualmente è amenorroica da cinque mesi, soffre dolori tensivi soprapubici, sensibilità eccessiva spontanea ed al palpamento nell'ipogastrio, nella regione ombellicale e nella fossa iliaca sinistra, iscuria paradossa e stipsi.

Alla *ispezione* si vede che la inferma, con un ventre del volume di una gravidanza all'8° mese, non può respirare liberamente se non semiseduta. Nel ventre si distinguono due intumescenze che chiaramente si delimitano fra loro e dal resto della superficie addominale: una è mediana, occupa l'ipogastrio, arriva a quattro dita trasverse al di sopra dell'ombelico ed ha figura di segmento di sfera; l'altra ovoide con l'asse maggiore obliquo d'alto in basso e da fuori in dentro, occupa la fossa iliaca sinistra, il fianco e l'ipocondrio omonimi. La *palpazione* e la *percussione* danno gli stessi limiti ai detti tumori con ciò solo di differenza tra loro che nei movimenti d'inspirazione, mentre s'impiccolisce l'area nel contorno superiore del tumore laterale, essa rimane immutata per il tumore mediano; questo ha una consistenza elastica molle e quello una tesissima durezza. I *pudendi esterni alla ispezione* sono normali, soltanto l'orificio esterno dell'uretra è stirato in alto ed indietro della sinfisi pubica e geme sempre urina. Introdotto il catetere elastico a vista si vuotano circa tre litri di urina, chiara in principio, torbida in ultimo: in ciò fare per esplorare la dilatazione della vescica s'introduce tutto il catetere che entra per 32 ctm., dei quali dieci appartengono all'uretra allungata per stiramento e compressa, perchè prima di tale profondità non s'incontra la resistenza del collo vescicale nè si ha uscita di liquido.

Vuotata tutta la urina si aumenta la sensibilità spontanea, che si accentua come premito cocente soprapubico; il tumore mediano è ridotto molto nella sua area, due dita al di sotto del bellico, è pianeggiante non più elastico ma di una pastosità molle; il tumore di sinistra guadagna in estensione verso la linea mediana ove prima era coperto dalla vescica ripiena ed è lievemente abbassato, la sua consistenza è mantenuta uguale. Le misure sono:

Circonferenza addominale a livello dell'ombellico	ctm.	76
Verticale dal pube al fondo del tumore mediano	»	14
Obliqua » » » sinistro	»	18
Diametro trasverso del tumore sin. in superficie	»	16

L'ascoltazione da *soffio uterino* netto ed intenso in tutta l'area del tumore mediano, e *battiti arteriosi trasmessi* isocroni al polso della donna nell'area del tumore di sinistra.

Per vagina appena introdotto il dito s'incontra la parete posteriore del canale ripiegato in avanti ed in basso, sospinto da un tumore uniformemente duro-elastico, convesso in basso che tocca il pavimento pelvico. I fornici posteriore e laterali sono scomparsi e l'anteriore esiste molto rialzato dietro e sopra il margine inferiore della sinfisi del pube; non come uno spazio vuoto beante ma come piega fra due pareti molli che separa il dito esploratore. Al sommo di questa piega non si trova un collo sporgente come appendice, ma soltanto l'orificio esterno foggiato come anellino. All'esame *addomino-vaginale* il tumore pelvico fa corpo con quelli addominali, nessuno movimento è possibile. Il Prof. Pasquali pose diagnosi di gravidanza molto probabile al 5º mese in *utero retroverso con dilatazione sacciforme del segmento inferiore della parete posteriore e maggiore sviluppo della cavità verso il corno sinistro* e ritenzione consecutiva di urina da compressione e stiramento del collo vescicale, per un meccanismo ch'egli già spiegò in una storia di *retroversione dell' utero durante la gravidanza*, comunicata a questa Accademia il 28 dicembre 1879. Io innanzi a quella diagnosi non sapeva contrapporre un' altra, ma non mi persuadeva completamente e per la durezza del tumore di sinistra che io riteneva uniforme al tumore intrapelvico e non al tumore mediano addominale e perchè non dava soffii uterini, ma trasmetteva i battiti delle arterie iliache. Il Professore prescrisse cateterismo ogni sei ore, unzioni calmanti sul ventre, pozione anodina internamente e riposo in letto, proponendosi in ulteriori visite di tentare la riposizione dell'utero.

Il 20 ottobre rivedemmo la paziente e trovammo che il tumore di sinistra si confondeva con quello mediano e si sviluppava con forma più regolarmente ovoide, ma consistenza sempre dura e tesa. Nella metà superiore del detto tumore si palpava un corpo solido, allungato che il Professore sentì mobile e qualificò per feto. *Ascoltazione* come nell'esame precedente, senza nessun doppio battito, nè altro rumore di ritmo fetale. Misure:

Verticale dal pube al fondo dell'utero . .	mm.	208
Circonferenza addominale all'ombellico .	»	840

Per vagina si palpa ugualmente sviluppato che prima il tumore

duro, teso, che occupa tutto lo scavo e nel fornice anteriore il cercine dell'orificio esterno del collo si palpa ad un livello più alto del margine superiore della sinfisi pubica. La donna abbisogna ancora del cateterismo, ma ha migliorato molto nelle condizioni generali ed il suo spirito è rinfrancato dalla fiducia che le infonde il curante. Questi mantiene la diagnosi di gravidanza in *utero non retroverso ma affetto da fibroma del segmento inferiore posteriore continuantesi in alto nella parete posteriore e sinistra del corpo.*

Il 21 ottobre ricorre la sesta amenorrea, vomito e dolori addominali intensissimi che durano sempre diminuendo fino al 7° giorno. Il 28 ottobre è nuovamente tranquilla, può urinare spontaneamente; lamenta tensione alle mammelle che sono turgide, dure, marezzate di larghe vene e secernono colostro. Il tumore addominale è perfettamente mediano ed ovoide; eccitandovi contrazioni si disegna sporgente dal ventre con area di triangolo scaleno, con il corno sinistro molto più alto del destro. Soffio uterino più diffuso e più distinto a destra; a sinistra si trasmettono sempre i battiti arteriosi materni: i battiti fetali furono avvertiti tre giorni or sono, non oggi.

Misure dal pube all'ombellico	mm.	180
» » al fondo dell'utero . .	»	240
» » alla cartilagine euliforme	»	360
Dall'ombel. alla spina iliaca ant. sup. sinistra	»	190
» » » destra	»	180
Circonferenza a livello dell'ombelico . .	»	840

Per vagina il solito tumore duro, irremovibile a qualunque tentativo che riesce doloroso.

Il Prof. Pasquali nella ferma convinzione della diagnosi enunciata, nel sospetto quasi accertato di morte del feto, nella considerazione dei pericoli, se il feto fosse vivo, di lasciare correre al termine una simile gravidanza, si decide ad interromperla. Introduce nell' orificio del collo uterino la sonda metallica, ve la spinge per circa nove centimetri e le imprime movimenti di lateralità per scollare l' uovo. — 30 Ottobre: Pochi dolori nella notte; nel mattino successivo espulsione di un fetino vivo di 26 ctm. Ritensione della placenta per quattro giorni, lavande intrauterine fenicate due volte al giorno e parecchie vaginali. Il

volume dell' utero è di poco diminuito, vuotato del contenuto, sia nella porzione addominale che in quella vaginale. Gli stessi caratteri stetoscopici si mantengono. Puerperio febbrile per lochiazione fetida nei primi sei giorni, apirettico nei successivi. A 15 giorni dopo l'aborto, l'utero tutto sviluppato a sinistra supera di un dito il livello dell'ombellico e riempie ancora lo scavo della pelvi. È seguita una pelviperitonite sempre più accentuata a destra che si è andata lentamente svolgendo e risolvendo nel corso di tre mesi. Attualmente esaminata, 24 aprile 1884, cioè sei mesi dopo, la paziente è ancora amenorroica ed ha nelle ricorrenze mestruali dolori forti del fianco e fossa iliaca sinistra, vampe di calore ed arrossamento al volto, capogiri e senso di crampi alle estremità inferiori. Esaminata sull'addome ovunque la risonanza è timpanitica. Per vagina si sente l'utero leggermente spinto innanzi, alquanto elevato, immobile, porzione vaginale del collo corta 1 ctm., il labbro posteriore si continua in una durezza diffusa nel fornice vaginale posteriore, durezza che per il retto si sente appartenere alla parete posteriore sinistra del collo e corpo dell'utero. Sondamento 8 ctm. in anteversione normale.

2ª *Storia.* — La sera del 4 novembre 1883 il Dott. Tomassoni, di guardia all'Ospedale di S. Giovanni in Laterano, fu chiamato in via Tasso, presso una partoriente che perdeva sangue. Acceduto trovò in letto da parto una giovane sui 25 anni, grassa ma di un pallore cereo, la cui nona mancanza mestruale era ricorsa il 1 novembre. Maritata da 3 anni fu sterile nei due primi. Rimasta incinta ebbe una buona gravidanza senza le solite turbe reflesse del tubo digerente: piccole sofferenze di peso e calore ai genitali nel corso del 5º mese per le quali fu esaminata da un medico che trovò l'utero basso. Quindici giorni innanzi a quella sera avea perduto poco sangue dai genitali con alcuni dolori espulsivi, ed in quel giorno la famiglia asserì che ne avesse perduto mezzo vaso da notte. Il Dott. Tomassoni trovò la partoriente senza dolori con ventre duro e teso fino all' epigastrio e gli ipocondrii. Alla *esplorazione vaginale* trovò una tumefazione che riempiva lo scavo e sentì il collo molto indietro ed in alto, vi penetrò, sentì un corpo polposo e nel sospetto di placenta previa, tamponò la vagina. Nel mattino seguente il Dott. Tomassoni ebbe la gentilezza di invitarmi di vedere con lui questo caso: siccome però la donna era stata discretamente tranquilla

nella notte, non v'erano dolori nè perdeva sangue fu rimesso l'esame alla sera. L'addome ugualmente teso in tutta la sua superficie non dava certezza della presentazione e posizione di un feto che male si palpava. Soffi uterini in tutta la metà sinistra del ventre, battiti delle arterie materne trasmessi nettamente come toni nella metà destra, nessun battito fetale. Perdita di acque amniotiche e poco sangue.

Per vaginam si sentiva un tumore duro che riempiva tutto lo scavo pelvico, a larga base, indietro si perdeva dal sacro alle pareti laterali della pelvi, convesso ed arrotondato in avanti ed in basso sospingeva la parete posteriore della vagina che si piegava e protendeva dal pudendo: il tumore uniformemente duro non era passibile di un menomo spostamento. Il fornice anteriore, unico rimasto, era molto alto, si trovava al sommo di questa volta al di sopra del livello del margine superiore del pube sinistro, contro il quale era schiacciato e con l'orificio esterno chiuso. — Il 6 novembre il Prof. Pasquali è invitato a vedere la partoriente e dopo minuto esame assicura la gravidanza con feto forse morto e conferma la mia diagnosi di *fibroma del segmento inferiore posteriore dell' utero.* In vista di tali condizioni, tenuto conto della gravidanza al termine, dell'enorme volume del tumore irremovibile, dell'apertura del sacco amniotico, dello stato febbrile della partoriente si ventila la probabilità di essere costretti ad intervenire con il taglio cesareo. Calmanti e riposo.

7 Novembre, mattino: L'orificio di dilatazione si mantiene sempre così alto come jeri, ma un po' dilatato da potervi introdurre il dito e sentire una piccola parte. Dolori frequenti. Ore 2 pomeridiane la dilatazione è progredita a 3 ctm. trasversalmente, si sente un piedino, ma è impossibile afferrarlo per farvi tirate; il tumore è meno voluminoso ed un poco rialzato dal pavimento pelvico.

Ore 6 pom.: il piede destro è alla vulva con il tallone in avanti: il tumore occupa l'ingresso e metà dello scavo, ma è di molto diminuito e rialzato, il collo si mantiene sempre alto dietro al pube, ma così aperto che due dita vi entrano e sentono l'altro piede. Il Prof. Pasquali con valide tirate compie il parto estraendo un feto di completo sviluppo di vita intrauterina, morto, macerato, con tutte le ossa della base sconnesse. La seconda è estratta 15 minuti dopo. In ciò fare io potei constatare con esame combinato la presenza del tumore pelvico quasi tutto rialzato, ma ancora spor-

gente in avanti dalla parete posteriore del canale cervico-uterino e continuantesi nella parete posteriore e laterale destra del corpo dell'utero. All' 8° giorno di puerperio normale, l' utero ha nell' ipogastrio i diametri verticale e trasverso di 11 ctm., è obliquo a destra ove si palpa una durezza maggiore che nel lato opposto. Per la vagina si sente il tumore ridisceso occupare gran parte dello scavo, sospingendo in avanti e pieghettando in basso la parete vaginale posteriore e mantenendo il collo dell'utero schiacciato dietro il margine superiore della sinfisi pubica.

Per circa tre mesi ha passato un puerperio non doloroso, ma accompagnato da febbricola a 38°-39° con intermissione mattutina, dimagramento, prostrazione di forze e pallore estremo della cute e perdita abbondante di pus dai genitali. La cura consistette in lavande fenicate utero-vaginali abbondanti e ripetute molte volte al giorno, chinacei ed analettici.

Visitata il 1 febbraio 1884 mostra una nutrizione discreta, grassa, di colore pallido terreo, gonfie nelle pieghe sottorbitali. Perde dalla vagina spurgo giallo-biancastro; ventre meteorico non teso. A livello dell' ombellico ed a destra si sente sporgere profondamente un tumore che obliquamente scendendo verso la linea mediana si confonde con il fondo dell'utero a dita sopra la sinfisi pubica. *Per vaginam* si sente che tutto l'ingresso e metà dello scavo pelvico sono occupati da grossa massa dura, durissima che ha forma emisferica irregolare, convessa inferiormente. Il collo non ne sporge come appendice separata, ma si sente in avanti, in alto dietro al pube nel fornice anteriore con apertura trasversale in cui penetra l'apice del dito. La sonda vi penetra per 11 ctm. volgendo il concavo a destra. L'inferma lentamente si riebbe ed esaminata il 25 aprile 1884 si presenta di nutrizione generale lodevolissima. Ha un ventre a curvatura normale, senza nessuna durezza apprezzabile al palpamento nè ipofonesi alla percussione. Per la vagina si avverte che il collo rialzato nella metà dello scavo è fisso ed il fondo dell'utero non si palpa chiaramente con l'esame combinato. I fornici vaginali sono normali, ma il posteriore è dûro e si continua con tale durezza sul labbro posteriore del collo, perdendosi nei fornici laterali. Per il retto si rileva che la tumefazione non globosa, arrotondata, ma diffusa che si palpa in vagina si estende così posteriormente, che comprime la parete anteriore della ampolla poco al di sopra dello sfintere interno. Ha avuto due mestruazioni che non sono state molto abbondanti.

3ª *Storia.* — Il 17 marzo di questo anno fui chiamato presso una signora di 35 anni circa, maritata da 11 anni, in parto al termine della sua prima gravidanza. Conformazione scheletrica e nutrizione generale lodevoli. Mestruata sempre con abbondanza fu per alcuni anni inferma nel basso ventre, consultò parecchi medici, dei quali alcuni constatarono un tumore nella piccola pelvi. La gravidanza decorse ignorata nel primo trimestre e fu sempre accompagnata da dolori forti dal lato ove s' inclinava il fondo dell'utero e da cefalea centrale. Dalla sera innanzi perdeva sangue e dalle 4 antimeridiane del 17 marzo si erano rotte le membrane, ma con uscita di pochissimo liquido. La donna è molto agitata da contrazioni uterine frequenti, molto dolorose e corte. Il ventre è teso anche nello stato di pausa così che con difficoltà si fa diagnosi di gravidanza a termine di feto vivo in pres. di vertice, in pos. O I S A. — Utero molto obliquo a sinistra. Al cateterismo vescicale si trova il meato urinario esterno stirato in alto ed indietro e s'incontra difficoltà a superare il collo, appena oltrepassato il quale si ha getto di urina sanguinolenta. All'*esame vaginale* perineo alto, ostio ristretto, pareti vaginali tumefatte ed un po' sensibili, il collo dell' utero si tocca a destra dietro il margine superiore della sinfisi pubica, schiacciato dall'indietro allo innanzi aperto trasversalmente per 2 ctm., di esso il labbro anteriore è scomparso e tirato, in alto il posteriore esiste lungo 3 ctm., edematoso, continuantesi in una durezza che occupa l' area dell' ingresso pelvico, ugualmente diffusa posteriormente ed al lato sinistro di consistenza elastica tesa, come di cisti. Al di sotto di questa tumefazione, attraverso la parete vaginale posteriore si palpa il retto vuoto e schiacciato contro il cavo sacrale di cui non si tocca il promontorio. Spingendo il dito nell' orificio di dilatazione si tocca un tumore da parto lungo oltre il quale è un parietale, che con la mano soprapubica si sente tutto appoggiato sopra la sinfisi pubica inclinato sull' ingresso della pelvi, nella quale non può scendere per l' ostacolo offerto del tumore. I battiti del cuore fetale si mantengono normali per intensità e ritmo. Posizione laterale destra della donna per correggere la grande obliquità dell' utero, semicupi, docce vaginali calde, injezioni di morfina sottocutanee non fanno avanzare menomamente la dilatazione del collo. Il dì seguente mantenendosi pressochè le stesse condizioni, richiesi il consiglio del mio maestro Prof. Pasquali. Questi trovò lo stato da me descritto,

solo il collo avea guadagnato trasversalmente una dilatazione di 4 ctm. ed il labbro posteriore si era un poco più rammollito. Rifiutata la operazione cesarea dal marito, restava la embriotomia sul feto vivo.

Il Dott. Tomassoni tenne la paziente in una perfetta anestesia cloroformica per circa un'ora.

Pres. di vertice, in pos. O I S T con inclinazione posteriore, così che la sutura sagittale correva lungo il margine superiore della sinfisi pubica ed invece dell'anteriore si abbassava il parietale posteriore; perforazione con il coltello Blot penetrando nel ramo sinistro della sutura coronale; applicazione del cranioclaste Braun sulla faccia, afferrata la gobba frontale sinistra; tirate energiche staccano le ossa afferrate; riapplicazione dello strumento e sorte uguale.

La perforazione accadde vicino alla sella turcica e l'apofisi basilare. Su questa porzione si applica il trapano Guyon che arriva a penetrare nello speco vertebrale, forcipe compressore dello stesso A., difficile chiusura con distorsione dei manichi, alle trazioni lascia presa e la testa non avanza menomamente. Riesaminata la donna si trova: la parete posteriore del cranio rispettivamente divenuta inferiore presenta un'apertura di circa 5 ctm. di diametro, parallela all'area d'ingresso: la base infranta e le due prime vertebre cervicali contro il promontorio del sacro; la volta del cranio tuttora integra al di sopra del margine d'ingresso appoggiata al pube che oltrepassava di più che un centimetro. Per ottenere la discesa della testa era mestieri farla sdrucciolare a ridosso della faccia posteriore dei pubi, ciò che sarebbe stato impossibile con il cranioclaste o con il forcipe Guyon. Occorreva un uncino e non avendone uno in pronto il Prof. Pasquali che eseguiva questa faticosa operazione, ne improvvisò uno con un manico di mestolo. Con tale strumento applicato nella fatta breccia tirò in basso la testa applicando sul promontorio la porzione del cranio che era stata aperta. Il passaggio della testa portò solo piccole lesioni longitudinali nella fossa navicolare della vulva. Io eseguendo il secondamento artificiale per estrazione manuale, potei constatare che la parete posteriore del collo e segmento inferiore dell'utero erano ingrossate da voluminoso tumore che si perdeva in alto verso sinistra. Nel puerperio decorso felicemente, ad eccezione di poche febbri a 39°; si conservò circa sei giorni eccessiva sensibilità sopra il pube destro.

Esame il 23 aprile 1884: la *palpazione* limita una tumefazione dietro e sopra la eminenza ileopettinea destra. *Per vaginam* si sente il collo dell'utero rialzato poco allo indietro della metà dello scavo. Con l'*esame combinato* si avverte tutto l'utero rialzato anteverso e lateroposto a destra, è fisso e dietro all'istmo si sente un tumore duro del volume di un mandarino nettamente limitabile con l'*esame rettale.* Il sondamento dà 8 ctm. in curva concava anteriore e destra.

I tre narrati casi interessano mostrare:

1.° Che non sono rarissimi, ma che studiando attentamente molte specie di distocie non prevedute si può avere a fare con con fibromi. Questi del resto allo stato vuoto dell'utero si trovano frequenti senza che abbiano mai dato alcuno dei disturbi loro comunemente attribuiti.

2.° Confermano le idee di Winckel e Röhriz e molti altri, che i fibromi contribuiscono come causa efficiente di sterilità o per lo meno sieno ostacolo alla fecondazione e ritardino il concepimento. Nei tre esposti casi, due donne hanno concepito dopo tre anni ed una dopo undici anni di convivenza sessuale.

3.° È importante la determinazione della loro sede e per la frequenza e per la influenza sulla gravidanza e sul parto: Chabazion sopra 380 casi di fibromi in utero gravido ne trovò 80 del collo e di questi i più erano nel labbro posteriore. La sede così bassa e l'impianto interstiziale spiegano come la gravidanza sia potuta andare a termine senza inconvenienti nei due casi dove non vi fu intervento nell'arte; poichè dagli studi di Forget si sa come i tumori residenti sul fondo e segmento superiore danno aborti, quelli del segmento inferiore e collo, parti prematuri. La stessa sede ed impianto spiegano la grave distocia in parto, e per il volume maggiore che acquistano i tumori del collo, come punto declive e perchè in generale difficilmente si rialzano e si abbassano, non avendo peduncolo.

4.° La mollezza grande raggiunta al termine di gravidanza spiega la possibilità del parto con o senza riduzione del feto, sia perchè il tumore può schiacciarsi, sia perchè con il lento succedersi delle contrazioni è passibile di sollevamento dando il posto alla parte fetale che passa: prova ne è il secondo caso, in cui si è potuto seguire il progressivo rialzamento del tumore al di sopra del promontorio.

5.° La rottura delle membrane è precoce e relativamente al principio del parto e relativamente alla lunghezza del periodo di dilatazione, sia perchè la forza delle contrazioni iniziali proporzionata alla spessezza delle pareti che si contraggono è eccessiva per la resistenza delle membrane; sia perchè in seguito ad un ostacolo offerto da una sezione dell' utero contro gli sforzi di un'altra sezione, le contrazioni divengono parziali, assimmetriche, inefficaci e più tardi segue l' inerzia secondaria.

6.° Il secondamento è artificiale in 23,68 % (Lefour), lo fu in ambedue i miei casi di parto a termine, specialmente per la *succitata inerzia secondaria.*

7.° Nella *diagnosi* importava in due dei miei casi la durezza diversa delle *sezioni ov'era il fibroma* da quelle dove non esisteva e la mancanza del soffio uterino nelle stesse sezioni che, per la presenza del fibroma essendo compatte e dure trasmettevano immutati i battiti delle arterie sottostanti.

8.° *Per il trattamento* nessuna indicazione generale assoluta può essere presa: ogni caso offre la sua speciale in parto. Nel decorso della gravidanza i più vogliono che si lascino correre a termine, se non in casi nei quali è minacciata l' esistenza della madre, perchè si conta molto sul rammollimento dei tumori. Tuttavia credo che se si avesse la fortuna d'imbattersi per tempissimo nei casi di tumori così sviluppati come il primo da me narrato, sarebbe molta prudenza regolarsi come fece il mio maestro. Chi ne assicura che un tumore che riempie già lo scavo al quinto mese, sia riducibile al nono? D' altronde per chi obbiettasse i pericoli di un aborto, sarebbe da domandargli se sieno meno gravi i pericoli a cui si espone la madre con il maciullamento del figlio o con la cesarea o classica o Porro. Anche l' aborto provocato da mano ostetrica ha la sua igiene, ed io che ne ho già visti praticare parecchi per indicazioni profilattiche non li guardo più come un accidente o come operazione pericolosa nelle sue conseguenze. Persino gli aborti incompleti, prima tanto temibili, oggi perdono della loro gravezza per un trattamento chirurgico pronto e razionale: il raschiamento dei residui ovulari.

SU ALCUNI CASI DI SCLEREMA DEI NEONATI

OCCORSI

NEL R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

diretto dal Prof. Cav. D. CHIARA

QUALCHE NOTA

del Dott. MARCELLO NAMIAS

del corso di perfezionamento

Un anno fa il Dott. Alberti, allora Assistente alla Clinica Ostetrica di Modena, ebbe agio di sperimentare nel trattamento di un bambino scleremato so la respirazione artificiale; il neonato guarì.

Io, allora studente presso quell'Università, fermai nell'animo di voler mettere a prova lo stesso mezzo terapeutico, se mi si fosse presentata l'occasione. La gentilezza del Prof. Chiara mi ha offerto di vedere qualche cosa in argomento nella Clinica che egli dirige. Ho pensato di dire alcune parole intorno a quel che ho osservato, ma comincio addirittura col dichiarare che riconosco incompletissimo quanto esporrò e non minimamente scientifico.

Prima non sarà forse inopportuno che io mi soffermi brevemente a qualche cenno sulla malattia; mi spinge a ciò il poco accordo che si trova fra gli autori che parlano di sclerema.

La prima descrizione di sclerema è data nel 1718 da Gian Andrea Uzembezius, il quale nelle effemeridi dei curiosi della natura discorre di un parto ottimestre vivo, frigido e rigido; il feto dalla testa ai piedi pareva tutto un pezzo di carne secca affumicata. Il caso restò solo fino al 1780 in cui Underwood in Inghilterra vide e descrisse esattamente, uniformandosi alle osservazioni di Denman, bambini con carni dure e resistenti, con pelle non scorrente sui muscoli sottostanti, sempre freddi, non edematosi, dalla voce gemente, languida e coll'apparenza di una vita che è al termine, per quanto possa prolungarsi. Egli osservò come

la malattia attaccasse preferibilmente bambini in uno stadio avanzato di affezione intestinale, e non esitò a dichiarare la causa dello sclerema insita appunto in un disturbo del tubo alimentare. Occorsero queste osservazioni a Parigi all'occhio di Andry al quale toccò la sfortuna di vedere all'ospizio dei trovatelli una malattia fino allora non bene studiata. Come non è facile dire, ma il fatto è che nel 1784 dopo aver descritto bambini le cui estremità erano fatte più voluminose, specie le gambe, con effusione sierosa cellulare, dopo aver detto che nelle parti la cute talora si mortificava, di raro suppurava, e che la malattia poi accompagnavasi di frequente alla erisipela infantile, al tetano, la designò come sclerema. E ognun vede che se ai caratteri accennati si aggiunga il predominio della gonfiezza alle parti declivi, la non generalizzazione del morbo, e la mobilità della pelle sulle parti profonde, si completano i tratti dell'edema dei poppanti. È ancora meno facile di ciò, l'intendere come in una edizione (1840) del libro di Underwood sulle malattie dei bambini, tradotto dal Dott. Guglielmo Pensa, al capitolo dello sclerema non si vegga nella differenza delle due forme d'Inghilterra e di Francia che l'impronta di un diverso paese sulla stessa malattia mentre consta che ad Underwood stesso non isfuggì che un lungo passo separava la sua descrizione da quella di Andry.

Io non parlo del caso narrato da Souville nel 1754 col nome di edemazia concreta. L'età del soggetto (17 anni), la durata della malattia (un anno), e i particolari di quella storia mi fanno ritenere si trattasse di sclerodermia, benchè la nominata traduzione del libro di Undervood citi il fatto. — Lasciando a parte la lunga nota del Dott. Pensa nella quale fra l'altro dice che la condizione del tessuto sottocutaneo è solo una distensione di esso per una raccolta di siero nelle sue cellule, che spesso il grasso è concreto, ciò che può sussistere anche indipendentemente dall'infiltrato sieroso senza che la malattia muti forma sostanziale, lasciando, dico, queste belle note italiane, torno ad Andry: egli inizia un periodo in cui non è sempre facile raccapezzarsi intorno alle idee degli autori che parlano di sclerema.

Auvity che fu vicinissimo ad Andry, ne divise i concetti: parla del coagulo del siero e dell'adipe, ed aggiunge che, scolato siero abbondante al taglio delle parti malate, esse restano più flosce e più molli che di norma. *L'Académie de médecine* nel 1787 premiò la memoria di lui.

Anche Hulme intanto studiò l'argomento e parve non aver conosciuto che l'indurimento adiposo di Valleix. Ma Troccon parla indifferentemente di edema e di sclerema.

Passo sul capitolo di Chambon che parla dell'indurimento del tessuto cellulare: il suo libro *des maladies des enfans* è del 1807, ma al proposito accennato non ha che idee di Andry e di Auvity.

Capuron nel 1813 scriveva essere impossibile confondere l'indurimento cellulare coll'edema e la descrizione che egli dà dello sclerema sembra in alcuni punti esatta, se non che poi, ad esempio, dice che la pelle trema sotto la mano, che le membra sono uniformemente tumefatte quasi come nell'erisipela. Non mancò in lui la buona intenzione! Non ha fatto assai di più Dugès quando nell'indurimento ha visto una varietà di edema. — Per quel che risulta dalla memoria di Liberali edita a Padova nel 1818 non si direbbe che egli abbia colpito assai meglio degli altri lo sclerema: infatti accenna all'ingorgo del tessuto cellulare qua e là, all'uscita di siero o di linfa, benchè di raro, dopo il taglio e la compressione dei tegumenti; nota che il dorso dei piedi è inzuppato e la pianta è fatta convessa.

Valletta del 1823 a Milano compie due memorie in argomento; parla del gonfiamento della pelle fra i primi sintomi della malattia, si diffonde sulla incompleta espansione polmonare, sulla stasi sanguigna, forma alcuni criteri terapeutici e fa poco più. Accennerò avanti ai risultati da lui ottenuti. — Léger due anni appresso nella sua tesi fatta sotto gli occhi di Breschet crea il nome di edema compatto e accetta i risultati delle sperienze di Chevreul che tendevano a provare come la sierosità dei neonati duri è più coagulabile che negli altri individui. Bastino queste parole per chiarire le idee di lui. Un anno dopo, Denis che pare intravegga l'errore, dividendo l'indurimento in edematoso e concreto, viene poi col suo lavoro a trovare analogie tra le due forme quanto a sintomatologia a corso, ad esito delle malattie: sola differenza sarebbe in ultimo la consistenza delle carni e il modo di alterazione del tessuto cellulare. Dunque anche qui la luce è appena sullo spuntare che è già offuscata. Baron va più in là: crede lo sclerema un edema sintomatico di impedito circolo polmonare cardiaco o vasale.

Nel 1838 Billard pare ancora sulla retta via, da poichè distingue l'infiltrazione sierosa sottocutanea dall'indurimento, se non che per lui questo ultimo fenomeno avviene all'abbassarsi della T. e

passa come accidente agonico. E Valleix pure si estende a dimostrare le differenze tra edema e indurimento, se non che anche per lui quest'ultima forma è molto rara, agonica e sopravviene tardi al termine di affezione più o meno lunga. È quest'idea un lungo passo nel cammino di Parrot. Se si viene al trattato pratico di Bouchut si trovano distinte due varietà di sclerema: una caratterizzata da indurimento della pelle e del tessuto adiposo (sclerema semplice), l'altro da indurimento con edema dal cellulare sottocutaneo (sclerema edematoso). Si aggiunge che l'edema è puramente sintomatico dello sclerema, e non costante, e che non è necessario descrivere edema e sclerema a parte. — Egli dà il più bell'esempio del punto a cui si arriva seguendo questi intendimenti; cita anche come sclerema casi indubbi di sclerodermia.

Sorpasso le poche idee di West in argomento, quali ad esempio il fuoruscire di siero sanguigno alla puntura delle parti indurite, l'appellare l'indurimento una forma di edema, per toccare le lezioni del Somma del 1874. In esse distingue, veramente con nome poco felice, una forma di sclerema con aumento di volume della pelle fatta pastosa, compressibile e che serba traccia alla pressione (sclerema molle), l'altra in cui predomina la durezza e la incompressibilità (sclerema duro). Parla della debolezza congenita o meglio della scaduta costituzione organica in questa malattia, accetta come eziologia anche il freddo, accenna a caratteri veri di sclerema, e distingue le lesioni in essenziali (nei comuni integumenti) e in accidentali (polmonari, cardiache, cerebrali, ecc.): in queste ultime consistono le complicanze della malattia. — Io non so giudicare quanta sia la giustezza della distinzione delle due forme di sclerema da lui fatta.

Ma per tacere le idee di Edvard Ellis, il quale ammette probabili due forme di sclerema, una da infiltrazione sierosa del cellulare, l'altra da indurimento del tessuto adiposo, mentre parla indifferentemente di sclerema e di edema, e per lasciare il Gherardt al cui capitolo sullo sclerema, è ben poco che ci interessi, dovrei ricordare il Roger e la denominazione di edema algido, se il lavoro di Parrot, che l'ha preceduto, e di cui tanto si giovò Hennig, non mi attraesse irresistibilmente.

A me pare che nelle lezioni di quell'autore sull'atrepsia sia tanto di bello e di buono, e che veramente per esse si stampi

un'orma nuova nello studio di molte malattie infantili. Nelle lezioni di Parrot sfilano in un sol gruppo una serie di affezioni già considerate, e che anche ora si considerano entità speciali; fra queste entra lo sclerema. Orbene: egli si studia di provare come esso è un sintomo, ed insieme a tanti altri è il tributo pagato all'atrepsia, alla denutrizione generale del neonato, iniziata dai disturbi della digestione gastrica o intestinale. — In quelle pagine si vede distinto l'indurimento atrepsico dall'edema, e si riconosce che queste forme, contrassegnate da opposti stati anatomici e sintomatologici, mai non incolgono la stessa parte dell'individuo (ciò che del resto anche Valleix affermava assai prima), mentre è possibile che il neonato edematoso sia colto da atrepsia. L'indurimento atrepsico, secondo Parrot, è una delle vesti della forma sub-acuta atrepsica.

Benchè fortemente tentato a mostrare in quanti punti il lavoro clinico di lui vada innanzi a tante trattazioni su quelle malattie di bambini che sono state soggetto del suo studio, ricordo in tempo che questo non è luogo a ciò. E mi sforzerò sul poco che ho visto, sulle forme cliniche che mi parvero esattamente descritte dagli autori, di rammentare i principali caratteri dello sclerema.

Il neonato colto da sclerema addimostra già, in via ordinaria, da qualche giorno di poppare male, di digerire con fatica; l'irriquietezza lo domina, gli turba il breve sonno, gli fa cercare la mammella poco prima lasciata. Vomita di frequente dalla bocca e dalle narici latte o muco. I battiti si fanno lenti e per lo più non percettibili alla radiale. Quando si voglia contarli il meglio è necessario applicare lo stetoscopio delicatamente sul petto del bambino. Dalla media di 140 possono decrescere progressivamente fino a 80, 60 e 30. — Non ricordo qui di quanta importanza sia l'operare con circospezione perchè il neonato non si svegli. Tutti sanno troppo bene di quanto acceleri il battito cardiaco del neonato che pur allora si sveglia, si agita, grida; se si considera che anche fuori di questi momenti, nella maggior tranquillità del sonno, si può avvertire irregolare il ritmo cardiaco, è chiaro che si debba andar cauti più che mai per sorprendere il battito naturale. Se il battito non è molto debole si può apprezzare anche attraverso ad alcune coperture che avvolgano il bambino.

Uguali cure fa d'uopo si usino per attendere al respiro: benchè, secondo taluni autori, sia nello sclerema poco alterato per frequenza, dalla media di 50 atti per minuto, io l'ho trovato ridotto

anche a meno della metà della media in un caso di guarigione (20 al minuto): si è detto però che a 18, a 16 respiri per minuto si può giungere quando il malato tocca gli estremi momenti. Questa funzione si compie non di raro in modo irregolare e talora l'inspirazione è scissa in due tempi, e tal altra profonde respirazioni sono seguite da pause di alcuni secondi, e in appresso il respiro appare breve, accelerato. — L'intoppo della respirazione è per lo più ben avvertito dallo elevarsi delle pinne nasali, se non sono pure indurite, dall'incavarsi del jugolo, dallo insolcarsi dell'epigastrio e della parte più bassa del torace alle inserzioni del diaframma, da una depressione sternale più o meno marcata verso il corpo e la punta dell'osso.

In questa malattia di norma la T. è abbassata e talora fortemente e progressivamente. È raro però che decrescendo si arrivi a meno di 34 o 33, benchè siensi pure osservati 30 e 25.9: queste sono le T. più basse a cui accenna Parrot, ma Somma dice di aver notato anche 22°. Secondo due osservazioni sue Roget ammette possibile la guarigione ancora a T. 32.5 o 33. Io ho potuto vedere un caso di guarigione con T. rettale 31.2 a 31.3. — È anche dalla T. che si ha uno dei migliori criteri di prognosi, ma io non darei a T. valore altro che quando potesse constare che il bambino da un certo tempo ad un altro in cui si ripete un'osservazione termometrica si conservò sempre nelle identiche condizioni di ambiente. Lo dicono tutti gli autori, ed io l'ho visto chiaramente, per il variare di T. attorno al feto, la sua stessa T. se ne risente in modo straordinario, per poco non dissi, come negli animali a sangue freddo. Si parla di differenze da 1 a 2 gradi, ma a me occorse in men che 24 ore vedere una T. di 31.2 salire a 37.3 e solo in forza di un migliore e assai diligente riscaldamento. E, non occorre accennarlo, tanto quelle che le altre osservazioni furono scrupolose; le ho compiute costantemente io stesso tutte le volte; il termometro non restò applicato, come dice Roger, almeno 5 minuti, ma 15-20 finchè la colonna accennava salire.

È qui forse il luogo di toccare di una curiosa particolarità a proposito di T.: è possibile che la T. al retto, contrariamente alla norma, sia uguale o minore che all'ascella. Parrot accenna alla possibilità di diseguaglianza di 2° in più per l'ascella: io ho potuto verificarla anche di 5° (da 34°.5 a 35°). Ancora la T. ascellare può superare l'inguinale e una volta segnai il dislivello di 0,3. — Ricordo

che, come per gli adulti, è sempre utile di servirsi per l'esame della T. di uno stesso termometro sullo stesso bambino.

Il volume del cranio di norma impicciolisce, le fontanelle si approfondano più o meno, ma sempre; le suture spariscono e le ossa si accavallano. Non ho mai per mio conto prese misure di diametri, ma ho potuto constatare l'avvallamento della grande fontanella, e l'accavallamento più sentito al posto delle suture parieto-occipitali.

Ma un sintomo che avvertito una volta fa sempre per lo meno nascere il sospetto, anche a distanza, di sclerema è il grido. Esso è acuto, breve talora, ma altre volte assai continuato, il tono in seguito si abbassa, perde d'intensità, il carattere è lamentoso e da ultimo prolungato, straziante, monotono. Secondo Parrot quando a tale arriva la voce, ogni speranza per la vita del neonato è perduta.

E vengo addirittura all'aspetto esteriore del malato, allo stato a cui lo sclerema deve il suo nome. La pelle è tesa e indura ognor più come se cuoio o legno, e mentre aderisce ai tessuti sottostanti, si fa bluastra o livida. Le membra da ciò divengono immobili, per lo più essendo le coscie flesse lievemente sul tronco e le gambe pur flesse sulle coscie: sono estese le braccia, gli antibracci, ma quasi costantemente invece i polsi sono flessi, le dita pur flesse nel pugno, e non si riesce che a toglierle per poco da questa posizione. La faccia è rigida, senza moto; le mascelle a volte serrate strettamente quasi da molla, a volta divaricate ampiamente. Le labbra cianotiche, gli occhi infossati, le palpebre indurite, accollate o socchiuse sopra una cornea spenta e, se si potesse dire, senza vita, sono gli altri tratti della meschina creatura. — Quando sia parziale, l'indurimento colpisce solo il volto o gli arti, e di preferenza i polpacci: quando è diffuso per lo più è dai polpacci stessi che si estende alle coscie, alle natiche, all'addome ed alle altre parti del corpo. Qualche volta ho notato l'inizio dell'indurimento alle narici, alle palpebre socchiuse. — Dire con Somma che il petto sia sempre risparmiato a me non par giusto.

Può accompagnarsi lo sclerema a coma, a convulsioni, e queste o solo toniche o col quadro della epilessia. In questi stessi accessi può soltanto verificarsi la contrazione, la scossa senza grido o schiuma alla bocca, e ciò non toglie che secondo le viste odierne s'abbia a dare il nome a questi fatti di epilessia. Durante

essi l'insensibilità può essere assoluta, le pupille possono trovarsi midriatiche. Talora tutto il parosismo consiste in dilatazione della pupilla con cianosi maggiore o minore delle estremità, della faccia. Il Parrot asserisce che queste convulsioni solo si presentano in bambini comatosi. — Io non ho visto che in due soggetti convulsioni ora toniche ed ora tonico-cloniche ripetute. Nel primo caso erano tonico-cloniche, e non sono riuscito a sorprenderle che un sol giorno, nel secondo e le contrazioni toniche furono di lunga durata, e se ne ebbero pure di tonico-cloniche: così ad esempio iniziandosi un'apnea di 15 a 20 secondi, al riattivarsi del respiro senza che fosse apparsa cianosi, senza grido, sopravvenivano le contrazioni agli arti inferiori, come uno o ripetuti accessi. Gli occhi erano chiusi o socchiusi. Ho commesso l'errore di non divaricare le palpebre per esaminare allora il globo oculare. Queste epilessie erano talora eccitate da un impressione brusca, dall'essere ad es. svestito il bambino. Che il bagno caldo in cui anche le ho osservate influisse a produrle, non posso dire. Questo però è, che i bambini non apparvero comatosi. Lo stesso infermo a cui accenna il secondo caso ha presentato anche persistenti contrazioni muscolari.

Le urine negli scleromatosi sono scarse; per lo più contengono zucchero e albumina, talora anche in molta quantità. Quanto alle defecazioni, se dovessi discorrere per quel che ho visto, domina la stipsi o quando la malattia è esplicata, o nei dì che ne precedono lo svolgimento. Potrei asserire che ritengono anche Edvard Ellis e Bouchut come normale la stipsi, se non che come ho detto indietro quegli descrive per sclerema l'edema, e l'altro A. gli si avvicina di molto. Anche Somma però accenna a costipazione ostinata. Parrot poichè non tratta dello sclerema che come aspetto o manifestazione d'atrepsia, parla delle defecazioni nei varî periodi dell'atrepsia stessa, e mentre dice che nei due primi sono molli, abbondanti, aggiunge che al terzo periodo (quello estremo a cui si tocca, e donde il neonato non torna più alla salute) benchè di norma molte e molto fetide, possono talora diminuire e con aspetto quasi normale. Ora, siccome lo sclerema diffuso, intenso, si accompagna a le note che egli dà dell'atrepsia al 3° periodo, così mi pare si possa credere, anche perciò, non infrequente la stipsi.

Tenendo in conto secondario la tarda caduta del cordone ombelicale, la quale nello sclerema non è sempre completa al 6° o 7° dì, e può lasciarsi dietro l'esulcerazione della piaga che ne

risulta, è bene notare che il peso del neonato sotto l'influenza morbosa continua a decrescere, anche dopo due o tre giorni dalla nascita, se la malattia colpisce il neonato in quel lasso di tempo. Se poi lo assale più tardi, cioè già quando il peso era in aumento, appare meglio la sua diminuzione. Se si avveri un elevamento rapido e forte di T., il peso decresce più che prima, se ancora diminuiva, decresce ugualmente se anche era aumentato per convalescenza. Il caso 6° mi fu di ciò esempio (combustione accresciuta, equivalente a maggiore spesa organica).

Prima di lasciare la sintomatologia, mi fermo un istante ad accennare al mughetto, a questa forma di affezione che può osservarsi nello sclerema, e che mentre per Valleix era il principio di una lunga serie di disturbi funzionali e di lesioni anatomiche, dalle ulcerazioni boccali e dall'eritema delle natiche alla diarrea ed alla pneumonite, per Parrot è solo un fenomeno dell'atrepsia. Quest'autore, benchè e Gubler asserisca di aver visto germinare l'oidium sull'areola mammaria, e Mignot pure abbia notato un caso di trasmissione della malattia dalla nutrice infetta ad un nuovo infante sano, non ha mai visto nessun esempio di contagio netto, e però pensa tal forma di trasmissione non frequente.

Ora uno dei malati che ho potuto esaminare mi ha permesso questa osservazione. Nel riparto in cui era il bambino scleremato so un altro si trovò affetto da mughetto. L'infezione era chiaramente pronunciata quando al bambino scleremato so venne porto, tal quale, lo stesso poppatoio di cui si valeva l'infetto. L'indomani la lingua del povero scleremato so era coverta di placche di oidium, non però molto abbondanti. Il giorno seguente lo scleremato so fu nutrito con altri mezzi: senza nessuna cura, a sera il mughetto era appena in traccia visibile. Sul tardo venne porto al piccolo malato lo stesso poppatoio del bambinello che soffriva di mughetto, e il giorno vegnente una abbondante copia di placche di funghillo vegetava sul dorso della lingua e sul palato. — Che questo fatto potesse essere una pura coincidenza e che senza l'aiuto del poppatoio non disinfetto forse si sarebbe riprodotto in abbondanza l'oidium, è lecito pensarlo, ma sarebbe una coincidenza piuttosto strana. Forse il caso potrebbe essere analogo a quello di Mignot, solo che si spiegherebbe colla debolezza del poppante la rapidità del contagio caduto in terreno ferace.

Se dalla sintomatologia ci si volge solo ad accennare alla natura, alle cause dello sclerema, si va davvero in un campo molto spinoso; ma su quel campo io intendo di volare.

Mi piace di incominciare con questa nota, che se tra Underwood e Parrot poca differenza corre nell' osservazione della malattia, poca pure ne passa nell' attribuirle una causa. È l' autore inglese stesso, e Denman gli si accorda, che ne dice attaccati preferibilmente i bambini in uno stadio avanzato di affezione intestinale. Però Underwood parla anche, fra le cause, della mal aria. Ma già il traduttore di Underwood si stacca da lui di lungo poichè comincia a trovar la sede della malattia nel sistema nervoso, fondato principalmente su ciò che spesso si osserva la complicanza di trisma, di tremiti, di scosse convulsive nelle parti indurite. Tutte belle e buone ragioni ma che proprio sul serio non so se persuadevano lo stesso Pensa. Bailly e Legendre conclusero dai loro studi essere la malattia effetto dell' incompleta espansione dei polmoni, e West si associa alla loro idea: Ritter di Praga è sulla stessa via, ma anche Palletta ha caldeggiato assai quell'eziologia. Anche Ellis dice coincidere la malattia con pneumonite lobulare o con atelectasia. Roger segnala due influenze potenti: la debolezza congenita od acquisita e il freddo esterno, ed invero ciò merita considerazione, se non altro per provare che egli accetta alcune idee di Parrot, le quali però (in parentesi) erano a questo proposito in parte quelle esposte da Palletta, salvo la diversità dei ragionamenti creati sull' idea fondamentale, e da Valleix poi. Anche Liberali e Auvity sostengono per causa il freddo e con loro s' accordano pure Hulme e Troccon e Dugès i quali ultimi a proposito dell'essenza della malattia dicono che è una peripneumonite, mentre ad es., Liberali disse di aver trovato in genere negli scleremato si le tracce di una infiammazione più o meno intensa nei visceri interni. — Noterei i fatti che abbattono alcune delle idee esposte, accennerei che Somma pure dà come cagione il freddo e concede gran peso alla debolezza organica, che Steiner pure dice più frequente la malattia d' inverno, e che assale piuttosto neonati a termine, che Billard asserisce di contrapposto che essa sviluppasi ad ogni epoca dell'anno e andrei piu in là, se credessi che qualche vantaggio da tali e siffatte notizie potesse ritrarsi. Ma a che voler mostrare che autori diversi credevano in diversa eziologia e molto più in diversa essenza della affe-

zione, talora fondendo e confondendo causa ed effetto, quando mi sono già sforzato di mostrare che non di raro le loro osservazioni o non erano sullo sclerema o riguardavano a quello e all'edema indifferentemente?

Preferisco, come ho detto, di volare, dopo tutto il disordine cronologico che è uscito dalle citazioni.

Credo che predispongono alla malattia la prematuranza, la debolezza del circolo e del respiro, o quanto è d'intoppo a queste due funzioni : in due parole l'indebolimento organico. — La degenza nei nosocomi, il freddo, le poche cure, il cattivo o insufficiente regime alimentare (e intendo specialmente la nutrizione artificiale, non supponendo si nutrano neonati con altro che con latte) basterebbero a sviluppare il morbo. Sul punto della prematuranza posso dire che, quasi tutti gli autori l'hanno notata nella più gran parte dei casi di sclerema. — Cito solo un nome, quello del Prof. Chiara, il quale benchè non abbia scritti in argomento, ha osservato un numero considerevolissimo di bambini scleromatosi. Ora egli non solo tiene in conto grandissimo la prematuranza, ma la considera come fattore primo e necessario di sclerema.

Come l'ambiente dei nosocomi possa influire a far svolgere la malattia io non saprei dirlo, ma è un fatto che quasi soltanto i bambini dei brefotrofi e delle maternità le pagano tributo. Del resto questo influsso dell'ambiente non è un fatto nuovo: per citare un esempio analogo che mi passò sotto gli occhi, dirò questo soltanto che molti bambini entrati nella Clinica pediatrica di questo Istituto fiorentino per malattie chirurgiche o mediche, presentarono dopo un certo tempo di infelice acclimazione, broncopneumoniti anche fatali. — Non vorrei dire con ciò che è sempre la cattiva igiene del sito la cagione dei guai, perchè l'Istituto ostetrico-ginecologico in cui ho osservato i casi di sclerema è per ogni rapporto una comoda e salubre casa; ma pure un qualche cosa ci deve essere in questi luoghi di ricovero. Saranno germi infettivi?.... E perche date le condizioni sopra esposte, si sviluppa lo sclerema e non un'altra forma qualunque di denutrizione, con pallidezza del volto ad es., con perdita di elasticità della pelle, colle rughe al viso della vecchiaia? Io non lo so.

Questa forma di malattia attacca quasi esclusivamente i bambini tosto dopo la nascita (per lo più nella prima settimana), ed ha un

andamento, se non acuto come a me sarebbe parso, almeno subacuto come dice Parrot. Galligo parla di sclerema in fanciulli, in adulti: non escludo che qualche rarissimo caso si sia notato fuori dei neonati, ma negli adulti non s'è visto che la sclerodermia.

Invocando come disturbo primo l'alterata sanguificazione in seguito a disturbi, a pervertimenti assimilativi, si spiegherebbero anche i fenomeni dello sclerema, quali la stasi e il livido della superficie cutanea, la piccolezza del polso, l'alterata respirazione sia per l'anemia che per il grado maggiore o minore di uremia, la minor T. per le scarse ossidazioni e per la debolezza del moto muscolare, i disordini encefalici coll'avvelenamento del sangue, e così via.

Bastino due parole per riassumere le alterazioni essenziali dello sclerema secondo Parrot. La pelle è esile, il derma è lo strato di Malpighi sono meno spessi che di norma. Le cellule del corpo mucoso si riconoscono appena sui tagli, e il loro strato esile rappresenta una massa a contorni non bene distinti. Spiccano molto i nuclei del connettivo del derma. — Nel pannicolo adiposo le trabeccole separanti le isole di adipe sembrano più numerose e più spesse, e i lobuli di grasso, specie quelli che toccano lo strato profondo del derma, sono meno voluminosi. Le vescichette di grasso flosce lasciano vedere i nuclei; talune sono affatto senza grasso, ovoidi. — I vasi della pelle hanno lume stretto, specie nel corpo papillare.

Criteri migliori di prognosi sono a ritenersi i dati dell'osservazione del ritmo, della frequenza, dell'ampiezza, del respiro e del polso, della linea termografica (coll'avvertenza addietro fatta) delle variazioni in peso del neonato. E questo osservando il malato giorno per giorno. Sulla prognosi generale fatta all'apparire della malattia non saprei che dire. Se si guarda all'Underwood egli ammette possibile la guarigione, Chambon afferma maggiore la mortalità quanto più estesa è l'affezione sul corpo, (non parlo di Palletta che guarì 42 su 43 malati) Billard e Valleix si spiegano abbastanza quando dicono la malattia agonica, Bouchut nei suoi aforismi dice ordinarissima la morte, possibile la guarigione se la malattia è parziale, impossibile se generale, West pure dice quasi sempre la morte l'esito dello sclerema generale, Somma sostiene che la forma parziale non complicata guarisce sempre, la diffusa e non complicata talora, la generale e complicata mai, Steiner

mette come eccezionale la guarigione, Letulle (nel *Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie* diretto da Jaccoud) discorrendo colle idee di Parrot, dice l'esito presso che fatale, per Edvard Ellis e per Roger la prognosi è questa stessa. — Se per i soli miei casi mi fosse permesso lasciar intravedere un'idea, è chiaro che sarebbe quella di preferire la prognosi di Somma alle altre.

Ed ora vengo finalmente ad esporre in breve quei casi che mi fu dato di vedere.

I. Il bambino nato il 10 gennaio 1884, lungo ctm. 44, pesante gr. 2600, in 3° giorno di vita extrauterina pesa gr. 2300, grida con voce lamentosa, fioca, è freddo, ha rosse e dure le guancie e in tale stato la cute degli arti, dell'addome, delle natiche, del dorso, del cuoio capelluto; è quasi libero il petto. Non poppa; gli occhi sono perfettamente chiusi. L'epigastrio è fortemeute depresso, i moti toracici sono invisibili. Presenta nel giorno ripetute contrazioni tonico-cloniche agli arti superiori. Le R. sono irregolari e gli atti si ripetono 50 volte al minuto. A destra, anteriormente, sul torace respiro brevissimo, ottusità alla percussione. Si immerge il bambino in un bagno caldo a 35 per 10 minuti. Nel frattempo si pratica la respirazione artificiale sollevando le braccia a lati della testa e abbassandole ritmicamente, nel qual tempo si preme la parte più alta dell'addome. Durante questa manovra il neonato vagisce più intensamente, divarica le palpebre a sinistra per rinchiuderle però dopo qualche minuto di ammicamento. La depressione epigastrica è molto minore. Asciugato rapidamente il bambino in modo che la cute arrossi, s'involge in panni di lana, gli si pongono a lato due bottiglie metalliche piene d'acqua calda assai. Si fa deglutire lungo il dì qualche cucchiaio di latte di donna. — Il 13 è meno rossa, meno dura la cute degli arti, persiste la depressione epigastrica; d'alquanto è minore la durezza ai pomelli. La voce è un po' più intensa, non poppa. Leggero tepore della cute. R. 40, irregolari. Bagno caldo a 35° della durata di 15 minuti. Respirazione artificiale mentre il bimbo è immerso; vagisce intensamente, si agita. Asciugato rapidamente si praticano frizioni con olio canforato per 5 minuti sulla superficie del corpo. Dopo il bagno si vede elevarsi la parte più alta del torace, la depressione epigastrica è scomparsa, però il respiro è irregolare: alcuni atti sono molto brevi, ed altri profondi. Gli occhi stanno aperti. Viene avvolto in bambagia e pannilani, circondato da bottiglie calde come nel dì precedente. Lungo il giorno latte a cucchiai. —

La sera il colorito rosso degli arti inferiori è diminuito di intensità. Il mattino 14 alle 6,30 il bambino muore.

II. Il bambino, nato il 23 gennaio, lungo 48 ctm. pesa 2520 gr. Il giorno 27 è freddo, non poppa, deglutisce male. I pomelli sono resistenti, rossi; in tale stato è la cute delle gambe, delle coscie, delle della metà più bassa dell'addome. La voce è quasi spenta, le palpebre chiuse. Immergo il bambino in un bagno a 37°, reso alcalino con carbonato potassico: pratico la respirazione artificiale come nel caso precedente, solo che per favorire l'espirazione fletto il tronco, abbassate le braccie, estendendolo al loro elevarsi. Nel bagno il bambino si agita vivamente, e come in atto di afferrare qualche cosa, porta le mani all'addome, la cui cute va arrossando. Asciugato rapidamente il neonato, uso frizioni canforate. — Il respiro è ampio, molto minore la depressione inspiratoria che prima esisteva al jugulo, all'epigastrio. Circondatolo da ovatta e da pannolani, per mezzo di sottilissimo catetere di gomma introduco nello stomaco latte di donna (15-20 gr.) con goccie di Moscato. Lungo il giorno alla meglio gli venne dato qualche cucchiaino di latte. A sera il bambino è molto sveglio, ha gli occhi aperti. Bagno alcalino, rapido asciugamento, soliti indumenti. Si ripete l'alimentazione colla sonda. Le urine sono state scarse assai: nessuna defecazione. Per la prima volta a sera si nota il sollevarsi della cassa toracica in alto. Costantemente ai lati del bambino due bottiglie calde già dal mattino.

Il 28 è tepido. La cute meno arrossata si solleva in pieghe. La voce è intensa. Un bagno caldo ripetuto la sera. Alimentazione con latte di donna a cucchiai. Soliti indumenti. — La notte ha poppato alla mammella. — Il mattino nessuna depressione nè all'epigastrio, nè al jugulo; respiro ampio. È caldo, sveglio, poppa e ripetutamente, svuotando il seno materno. R. 42. Un bagno caldo; solidi indumenti. — A sera il bagno si fa alcalino, si assoggetta il paziente alla respirazione artificiale: frizioni canforate consecutive. La pelle si solleva meglio in pieghe, è meno resistente, meno intenso il colorito rosso bleuastro. Il neonato stringe energicamente le dita, è tranquillo e si guarda attorno curiosamente. — Dopo aver inghiottito a cucchiai il latte durante la notte, il mattino 30 poppa avidamente. Il colorito della pelle è normale. In grado mite persiste la resistenza alle gambe, alle natiche, alle coscie; in migliori condizioni ancora è la cute dell'addome. Il ventre è leggermente meteorico e dolente. L'espansione toracica è ampia. R. 46. Bagno alcalino e frizione canforata. — La sera

R. 43: si ripete soltanto il bagno alcalino breve, leggìero. Ha poppato bene.

Il 31 le condizioni sono molto mutate. Continua a poppare, ma le R. sono molto irregolari. Vi hanno sospensioni negli atti da 5 a 6 secondi, e con tutto ciò il numero è ancora di 42 per minuto. A tratti sorprende il bambino una intensa cianosi, il volto è freddo. I battiti sono 54 al minuto, irregolari assai, con sospensioni di 2-3 secondi, ripetute volte per minuto. È uguale la resistenza nelle parti scleremato se al giorno innanzi. — Qualche colpo di tosse assale a tratti il povero paziente. Una dejezione giallo-verdastra, è la prima che si presenti in tutti i giorni di malattia. Un brevissimo bagno alcalino.

Il neonato muore alle 1 e mezza ant. del giorno seguente.

La necroscopia mi ha fatto rilevare: broncopneumonite caseosa bilaterale più diffusa ai margini anteriori e verso la base dei polmoni. Versamento leggiero pleurico bilaterale: una briglia nell' alto della cavità plurica sinistra. Una ecchimosi epicardica al margine del ventricolo destro: cuore destro dilatato e pieno di coaguli. Leggerissima pervietà del condotto arterioso di Botallo. Foro di Botallo e centro tendineo impervii completamente. Ipertrofia e congestione intensa del fegato: milza normale.

III. Una femmina pesante gr 2400 alla nascita, lunga 45 ctm. al quarto giorno di vita extrauterina pesa 2200 gr., ha voce fioca, respiro difficile superficiale, non poppa ma deglutisce: la cute degli arti inferiori sino alle natiche è rosso livida, resistente, indurita pure alle braccia, meno agli antibracci; resistenti assai le guancie e giallastre. Appena sensibile indurimento alla cute dell' addome. L'indurimento si pronuncia di più in più sino al settimo giorno. — Nel quarto, quinto e sesto dì vennero praticati da due a tre bagni caldi con acqua semplice ogni dì; la bambìna venne involta in pannolani; ai fianchi due bottiglie calde; fu nutrita con latte di donna a cucchiai. — Al settimo dì manca la facoltà di deglutire. Nutrizione per mezzo del piccolo catetere introducendo latte di donna con goccie di Marsala: del resto soliti bagni, soliti indumenti. Il mattino dell' ottavo giorno comincia tosto il miglioramento, la bambina s' attacca alla mammella. Il peso che era di 2110 gr. al settimo dì, è tornato a 2000. Si continua coi bagni, col riscaldamento artificiale: il miglioramento è rapido e progressivo. La guarigione al decimo giorno è completa.

IV. Un feto gemello nato per le natiche il 24 gennaio, pesante

gr. 1760, lungo 42 ctm., è colto il domani della nascita da diffuso e intenso sclerema: tutta la cute è violacea, resistente. Si immerge il mostricciatolo in un bagno caldo al mattino e la sera. Non poppa, non deglutisce. Ha respiro superficiale, fredda affatto la cute, e non lascia aprire il cuore alla speranza di salvarlo. Si nutre colla piccola candeletta, introducendo latte di donna. Passa la notte, e mentre il mattino 26 pare abbastanza sveglio, è già morto prima del mezzodì. — Anch' esso venne sin da principio involto in bambagia e pannolani e riscaldato con bottiglie a lato.

V. Il bambino di gr. 2300, lungo 48 ctm., nato il 15 marzo, la sera del 18, pesando gr. 2200, vagisce con lamento prolungato. Ha gli occhi chiusi, non poppa, deglutisce male. Presenta rossa e resistente assai la cute delle gambe, delle coscie, delle natiche, delle braccia; alquanto sollevabile è quella degli antibracci. Anche al torace la cute è resistente e assai poco mobile. Ambedue i piedi sono intensamente rossi ed edematosi, specie il destro. La superficie del corpo è fredda. La respirazione abbastanza regolare, addominale, accompagnata da avallamento epigastrico, ha i suoi atti ripetuti 36 volte al minuto. Bagno caldo di 10 minuti e alimentazione colla candeletta, immettendo latte di donna con Marsala, è quanto si fa per quella sera.

Il mattino le condizioni sono uguali nella cute: il peso è di 2170 grammi. Nel bagno caldo a 38° il bambino si agita, vagisce a voce un po' più intensa, apre ambo gli occhi; la cute si arrossa uniformemente. Dopo il bagno nutrizione forzata. — A sera l'intensità dello sclerema è dovunque minorata. Si ripetono il bagno caldo e la nutrizione forzata; riscaldamento solito.

Il mattino del 20 la pelle ha colorazione subitterica, si solleva a pieghe ma a stento nelle braccia, completamente agli antibracci ed alle gambe. Alle coscie, alle natiche la durezza è minore. I piedi hanno ceduto della loro gonfiezza, quasi affatto, però il destro è ancora un po' più voluminoso dell'altro. Respiro libero, alquanto irregolare, senza depressione epigastrica. R. 42. Bagno caldo e frizioni canforate. Alimentazione forzata usando latte di donna. — Lungo il dì ha deglutito qualche cucchiaio di latte materno. Emissione di meconio. Peso 2140 grammi. — La sera si ripete li bagno e l'alimentazione forzata, aggiungendo al latte goccie di Marsala. Solito riscaldamento artificiale.

Il mattino del 21 il bambino si è attaccato al seno materno. La cute è itterica; di sclerema, di edema nessuna traccia. Il respiro è regolare. R. 58 Le urine sono abbondanti più che nel passato. Una

defecazione giallo d'ovo. — Un bagno caldo alcalino ripetuto a sera. La solita ricovertura con ovatta e pannolani: peso gr. 2180.

Il 22 cade il cordone; il neonato poppa avidamente, sta bene: è guarito dunque della forma di sclerema complicata con edema. Parrot discorre di atrepsia sopraggiunta in bambini edematosi; non accenna alla possibilità di edema concomitante.

VI. Il bambino, nato il 23 marzo, pesante 1700 gr. è lungo ctm. 42 e di forme assai esili. Non si attacca alla mammella. Dal primo giorno di nascita è stato involto in panni caldi, assoggettato a bagni caldi, circondato dalle bottiglie solite, nutrito con latte, ora di mucca ed ora di donna a cucchiai. In quinto giorno si nota una resistenza vaga ai polpacci: tale resta sino al sesto dì, al settimo resistenza scleremato sa per tutta la lunghezza degli arti inferiori la cui cute è rosso violacea; anche all'addome vaga resistenza senza mutazione di colore, poca agli antibracci al lato esterno, e alle braccia che sono mobili ancora, mentre gli arti inferiori restano in un leggiero grado di flessione, immobili. Gli occhi per lo più chiusi; anche alle guancie resistenza anomala, la bocca largamente aperta. Il polso radiale, come in quasi tutti gli altri casi osservati, è impercettibile. Al palpamento non si trova dove batte la punta del cuore. L'inspirazione si compie in due tempi con grande avvallamento epigastrico: il tipo di respirazione è addominale. Una depressione profonda si nota sullo sterno nella sua metà più bassa. Mancano le urine da 24 ore, le feci da (2, o, 3?) dì. La voce è sottile, fievole. R. 24. P. 96. T. 32,6 (inguine sin.). Bagno caldo da 37° a 38° il mattino. Avvolto in bambagia e doppio pannolano si circonda di bottiglie calde. — La sera cade il cordone. Il bambino tiene anche a lungo aperti gli occhi, muove leggermente gli arti inferiori. È minore la depressione epigastrica e l'inspirazione si compie in un sol tempo 24 volte al minuto. Il battito è irregolare: mentre in un mezzo minuto si contarono P. 57, nel minuto appresso si poterono segnare P. 105 e con tendenza anche al rallentamento (L'esamè venne fatto dopochè il bambino, che s'era svegliato, fu in completa apparente tranquillità). T. 33,6 (inguine sin.). Bagno a 38°,5 della durata di 10 minuti; respirazione artificiale in esso, fregagioni e massaggio sul corpo. Nel bagno il paziente stride a voce più energica, si agita, apre ambo gli occhi, tenta di graffiarsi; intanto la cute a momenti si può sollevare. Per la prima volta osservansi scosse muscolari tonico-cloniche, più che altrove marcate agli arti inferiori. Esse si ripetono con sospensioni di respiro. — Lungo

il giorno latte di donna a cucchiai: la sera si aggiungono goccie di Marsala. Le stesse cure che al mattino quanto al tenere riscaldato artificialmente il corpo. Urine scarse la sera.

Il mattino si attacca al poppatoio. La voce più intensa ha perduto completamente il carattere di lamento. Gli occhi aperti, il colorito della cute è roseo un po' intenso, e appena ai piedi tende al violaceo; le piante sono meno resistenti e la pelle sollevandosi dai tessuti sottoposti comincia a diventare elastica; nel mezzo della regione posteriore della gamba si può sollevare una piccola piega di cute. Alle coscie è soltanto minore la resistenza, mentre alle natiche è solo scomparso il colore violaceo. Agli arti superiori la cute ha guadagnato di elasticità ed è sollevabile in piccole pieghe, sotto di essa però si avverte un'anomala tensione muscolare. Le mani sono flesse, le palme resistenti. Al petto la pelle è scorrevole, libera affatto, e benchè il giorno precedente non paresse, confrontando tale stato con quello del dì innanzi bisogna convenire che anche il petto non era immune da sclerema. Alle guancie uguale resistenza. Il bambino tiene ancora largamente aperta la bocca. La cute del mento è rossa, immobile, anelastica: dure, rosse, immobili le pinne nasali. Il respiro è meno irregolare, più ampio, ma non si ripete che 22 volte per minuto. Il polso radiale non si avverte ancora, nè si palpa distinto l'ictus cardiaco, però i toni sono più vigorosi benchè irregolari: in un minuto v. g. se ne contarono 110, mentre il ritmo di venti secondi precedenti dava 139. T. 33,7 a 33,8 (inguine sin.). Bagno caldo da 38°-39° della durata di 10 minuti. — Lungo il giorno ha deglutito con avidità latte di donna e di mucca. Ha urinato abbondantemente, ha emesso un pezzetto di feci dure assai, nere. — A sera la bocca è chiusa, le pinne nasali sono meno rosse, meno resistenti, è meno rosso il mento. La pelle delle natiche, degli arti inferiori si può sollevare in pieghe, ma i muscoli flessori della gamba sulla coscia sono contratti persistentemente; in tali condizioni, benchè più leggiere, sono i muscoli delle braccia. Solita irregolarità del circolo: P. 97 in media. Le respirazioni ogni tratto sono avvalorate da un profondo sospiro. R. 20. T. 34,2 (inguine sin.). Bagno a 38° di 15 minuti con qualche minuto, ad intervalli, di respiro artificiale e di massaggio dalla periferia al centro. Peso 1340 gr. Al bambino è stato porto il poppatoio che aveva servito ad un infetto di mughetto.

Il mattino 1 aprile la voce è indebolita, gli occhi sono aperti. Il colorito della pelle è roseo per tutto, meno che alle natiche dove è ancora rosso intenso. Gli arti superiori sono mobili al normale ma

negli inferiori persistono le contrazioni muscolari: i pollici dei piedi sono forzatamente allontanati dalle altre dita. Al mento la resistenza della cute è di poco migliorata. Alle pinne nasali pochissimo miglioramento. Il polso non è avvertibile ancora, nè pure si palpa l'ictus cardiaco. Essendo il bambino irrequieto e sveglio, con molta difficoltà si ricerca la frequenza di P. e di R.; in 15 secondi di ritmo calmo e regolare si ebbero 20 P.: il respiro, essendo ancora il bambino agitato, dopo lungo vagito, si compie nei suoi atti 26 volte al minuto. T. 32,5 (ing. sin); (ascellare sin.) 32,8. — Sui bordi e sul dorso della lingua placche ben distinte di mughetto. — Un bagno a 38° con respirazione artificiale. Solito riscaldamento. Si ripete il bagno verso il tocco. Verso le due e mezzo T. al retto 31,2-31,3. In tutto il giorno voce assai debole, pochissima vivacità; venne trascurato il riscaldamento artificiale. — A sera disquamazione epidermica sulle labbra. Appena percettibile il polso a intervalli, senza però che si possa apprezzarne la frequenza. Solita irregolarità dei battiti cardiaci: 88 al minuto. Le respirazioni soffrono lunga sosta fino di 15-20 secondi: seguono alla pausa scosse muscolari vive agli arti inferiori della durata di 30-40 secondi. Gli occhi socchiusi: nessun segno di cianosi al volto. T. 31,7. Urinò ripetutamente nel giorno, senza defecare. Peso gr. 1350. — Latte di donna con Marsala a cucchiai. Bagno a 40°, alcalino.

Il mattino 2 persiste leggiera depitelizzazione labbiale, le guancie sono rosee morbide. Le pinne nasali, mobili come di norma, si conservano solo un po' resistenti, al mento la cute solo appena leggermente resiste alla pressione benchè mobile. La pelle tutta, fuor di ciò, e se si tolga la più tenue traccia di colorito violaceo ai piedi (che potrebbe passare anche per non morbosa), ha aspetto ed elasticità normale. Le palpebre stanno largamente aperte; gli occhi mobilissimi sono l'espressione della più completa vivacità; il bambino, appena applicati il termometro e lo stetoscopio, tenta ripetutamente e con forza di allontanare, come può far un neonato a quell'età, gli strumenti. Le mani sono in uno stato normale di leggiera flessione. È scomparsa la persistente contrazione muscolare degli arti inferiori, e solo insorge a tratti scovrendo il convalescente. Polso e respiro sono regolari. R. 22. P. 112. T. 35,7. Tenue traccia di mughetto. Bagno caldo da 38°-39°. — Lungo il giorno venne nutrito con latte muliebre, aggiuntevi goccie di Marsala: colla maggior diligenza venne dal mattino a sera curato il riscaldamento artificiale. — A sera il neonato è sveglio e così pieno di vita come non fu mai. Ad occhi aperti guarda curiosamente attorno. Il respiro è regolare, profondo, uniforme: la depressione sternale è

molto minore: R. 32. Il polso radiale si avverte bene e regolare; essendo il bambino tranquillo, in 20 minuti dà 40-43 pulsazioni. T. (inguine e ascella sinistra) 37,3. Bagno a 40° alcalino per 10 minuti. Dopo alcuni minuti che era immerso, convulsioni toniche agli arti inferiori di pochi secondi. — Vagisce a voce piena, intensa. Appena visibili traccie di mughetto. Ad ora tarda gli viene porto il poppatoio del bambino con mughetto. — Urinò ripetutamente, mancarono dejezioni alvine nel giorno. Peso 1330 gr.

Il 3 il bambino è un po' pallido, ma completamente è normale la cute. Al mento e alle pinne nasali, se fosse lecita l'espressione, direi si osservano le traccia di un passato sclerema. All'impressione del freddo ancora leggiere contrazioni toniche dei flessori della gamba sulla coscia. Gli atti respiratori ampii, regolari, bene avvertiti dall'occhio al disopra della bambagia e dei pannolani onde fu sempre avvolto, si ripetono 27 volte minuto. Il battito è irregolare per frequenza sì che si hanno P. 96 e 108, però nessuna intermittenza in esso. Quando si fa l'osservazione termometrica al mattino, da varie ore sono stati trascurati l'alimentazione e il riscaldamento; ciò, insieme allo stato ancor debole del bambino, mi spiega il solo 35° (ascella sinistra). — Sono note le esperienze di Chossat da cui egli deduceva la buona alimentazione giovar meglio che il riscaldamento artificiale a ridare calorico al corpo. Urine in discreta quantità: pochi pezzetti di feci dure nere. Alla lingua, al palato, vaste e numerose chiazze di mughetto. Bagno da 38°-39°. — In tali condizioni il bambino passa tra gli esposti.

VII? Se potessi credere degna di fede un'osservazione la quale puramente si basa su dati di ricordanza, poichè non mi fu possibile rintracciare la storia del malato, aggiungerei di aver pure visto verso il principio dell'anno nella clinica destinata alle aspiranti levatrici un bambino (maschio o femmina?) prematuro, coi segni di sclerema diffuso benchè leggiero, e che ancora poppava, guarire in tre a quattro giorni con soli bagni caldi prolungati e ripetuti, con riscaldamento artificiale procurato da ricovertura in pannolani, da bottiglie calde a lato del corpo.

Ognuno vede quanto sieno incomplete le mie osservazioni e lontane da un indirizzo scientifico: riconosco la più grave mancanza quella che un solo caso porti le note di T. P. R.: non sarò

scusato, ma so che la colpa non fu della mia volontà. Ho ommesso nelle narrazioni alcuni particolari comuni allo sclerema un po' grave, secondo quei tratti che mi sono ingegnato di esporre, per non essere ancora più monotomo; così la depressione della fontanella anteriore, l'accavallamento delle ossa craniane, la caduta tarda del funicolo, ecc.

Uno sguardo riassuntivo alle storie citate, mostra che tutti i bambini erano prematuri e che in uno o più giorni (ad eccezione del settimo caso, se lo si comprende) non poppavano.

Il primo bambino colto da sclerema diffuso al 3° giorno di vita extrauterina, muore al 5°, dopo aver presentato miglioramento.

Il secondo, colto da sclerema, pure diffuso, in 4ª giornata, muore in 9ª dopo sensibile miglioramento. La sintomatologia, il reperto necroscopico stanno abbastanza a dimostrare che ragione della morte non fu lo sclerema.

Il terzo al 4° giorno è colto da sclerema leggiero che si pronuncia e completa al 7° dì; guarisce al 10° giorno.

Il quarto feto gemello, nato per le natiche, assai esile, il domani dalla nascita è intensamente e diffusamente scleremato so, non deglutisce, muore il giorno seguente.

Il quinto in 3ª giornata è attaccato da edema e da sclerema e ne è guarito in 7ª dopo aver presentato anche un po' di ittero.

Il sesto dello sclerema iniziato in 5° giorno, completato al 7°, e solo poco marcato agli arti superiori, guarisce in 11ª giornata, e, pure persistendo mughetto e contrazioni leggiere toniche dei flessori della gamba sulla coscia, passa agli esposti.

Nel settimo si avrebbe un esempio di diffuso e leggiero sclerema guarito in tre a quattro dì.

Il dedurre da questi fatti qualche cosa più che si ottenne qualche risultato con mezzi abbastanza semplici di cura e alla mano dei più, sarebbe per lo meno leggerezza. A tutti è noto che quello che io ho fatto nulla ha di nuovo: non è al più che una meschina conferma a osservazioni d'altri, o una riprova. — Per ardore di scienza, confesso, non avrei saputo, anche potendolo, provare in queste esperienze mezzi terapeutici che pur già vantati, mi paiono razionalmente dannosi. Voglio alludere, ad esempio, ai vescicatori alle gambe, consigliati insieme alla fomentazione, ai soffumigi ammollienti, alle lozioni di salvia, agli eccitanti, da Andry, Auvity, Chambon, Capuron, Bertin e altri. Voglio alludere ai sanguisugi. E queste sottrazioni se si dovesse badar addietro, s'a-

vrebbero a fare non con una o due sanguisughe o alle mastoidi come consigliò Chambon, o al petto come dissero Troccon, Léger e Dugès, o all'epigastrio come affermò Denis, ma abbondanti come le voleva Palletta (due nei bambini forti, applicazioni ripetute due o tre volte nei prematuri) per salvare come egli ha fatto 42 malati sopra 43. E Valleix certo non la pensa diversamente quando insiste nel raccomandare sanguisugi abbondanti. Unico modo per intendere queste esortazioni è il ricordare che quegli autori o alludevano all'edema, sostenuto o accompagnato da congestione sanguigna generale o locale, o ritenevano infiammatoria la natura della malattia. Non so chi, da esseri tanto stremati di forze, come sono gli sclerematosi, e in cui farebbe tanto bene un buon sangue, azzarderebbe a cavarne. Dagli autori più recenti se si parla delle sottrazioni di sangue è per proscriverle (1).

Gli irritanti di cui non voleva sentir parlare Denis, a cui Valleix non concedeva molto maggior onore, e che pure formavano parte del piano terapeutico di Billard, a me non sembrano punto da dimenticare. Io non ho adoperato i bagni senapati come consiglia il West, come raccomanda Parrot, ma ho elevato talora la T. dell'acqua quanto non ho trovato che alcun autore dica. E ciò più allo scopo di eccitare fortemente la cute, che di riscaldarla, promovendo così una più completa respirazione per l'eccitazione stessa sui nervi cutanei e per le grida che emette il bambino. Ho fatto di più: ho reso i bagni alcalini, ad imitazione di Andry ed Auvity, e ripetute volte i bambini hanno presentato la cute arrossata, quasi come potrebbe aversi per un bagno senapato, i cui vapori mi pare che alle vie respiratorie di un neonato in poco buone condizioni non dovrebbero tornare utili. — Avrà poi il bagno alcalino un'azione risolvente, favorendo il dileguarsi dello sclerema? Alcuni forse risponderebbero affermativamente. — Non credo mi si possa obbiettare che la T. del bagno

---

(1) Ho l'obbligo di notare che il consiglio di applicare sanguisughe dato da Liberali, non è scompagnato dall'avvertimento che non vi ha bisogno della sottrazione quando non si scorgano i caratteri della flogosi interna. — Palletta stesso dopo avere generalizzato nella sna prima memoria il sanguisugio ai piedi, in appresso tenne il rimedio per ultimo, limitandolo agli unici casi di ingorgo sanguigno o di infiammazione in qualche viscere interno, e togliendo sangue dal luogo affetto.

molto alta in luogo di riuscire eccitante è depressiva: capisco bene l'azione depressiva di un bagno tiepido, ma non che il caldo intenso, fino ad un certo limite, mentre il bambino si agita vivamente, viene sfregato in ogni parte, riesca a prostrare neppure secondariamente per troppo consumo di forze, a meno che la durata del bagno non sia stata soverchia: in fatto poi non me ne sono trovato mai male. Avvertasi che dopo il bagno ho sempre avuto cura di nutrire i bambini o forzata mente o in altro modo, sia con latte solo, sia aggiungendogli Marsala.

Ho detto che non conosco sia stata elevata da alcuno di tanto la T. dell'acqua nel bagno, ma aggiungo subito usando acqua liquida, perche sono stati adoperati anche i bagni a vapore. E ne parla già Chambon, e Dugès nell'articolo *Slereme* del *Dictionnaire de médecin et de chirurgie pratiques* li vanta, e Baron dice di averli usati con successo, ma di contrapposto Valleix ne mette in dubbio il buon risultato, perchè darebbero secondo chi li provò, congestioni cerebrali, apoplessie, spandimenti endocranici. Io non so che valore si possa dare ai consigli di adoperare questi bagni, sempre per i ripetuti disaccordi dell'aver denominato egualmente malattie diverse, o di aver conosciuto solo l'edema (disaccordo che mi obbliga a non divagare più nella terapia altrui) ma benchè Valleix non sostenga le sue asserzioni con dei nomi che rappresentino dei fatti certi, pure esse che non mi sembrano inverosimili, se la temperatura del vapore aqueo era molto alta. Secondo Roget l'elevamento di T. ottenuto col bagno a vapore dura solo pochi minuti; e questo è molto probabile dovrebbe essere l'esito più frequente, dacchè se si eccita diaforesi, essa non corrisponde ad altro che ad una dispersione di calore e anche di forza, quantunque alcuno mi obbietterebbe forse che la diaforesi può supplire alla scarsa diuresi, purgando il sangue dei principi nocivi che per quella ragione in esso si accumulano. Ma cerco di venire a termine.

Oltre ai bagni che vanno ripetuti due o tre volte il dì, ho fatto uso di frizioni canforate, e tali frizioni eccitanti di cui già Underwood parla, che Roger stesso adopera, che Bouchut consiglia e che vorrebbe anche irritanti, soddisfano ancora all'indicazione di richiamare per l'atto meccanico (e per l'azione fisiologica della canfora nel caso speciale) il sangue alla superficie cutanea. Anche il massaggio raccomandato da Legroux, e dalla periferia al centro, anche fuori dei casi di edema, razionalmente deve agevolare

il circolo periferico svuotando meglio i vasi venosi. I movimenti impressi in tutte le direzioni al neonato, e con quella energia piena di riguardo che s'addice a così esili vite, collimano ad eccitare la sanguificazione per tutto il corpo, favoriscono l'ossigenazione del sangue, danno un calore naturale al povero paziente. Le grida, il reagire del bambino a questi atti non sono che un aiuto ad ottenere l'intento. — S'intende che la durata dei maneggi non debba essere più lunga di 10 minuti per non sfinire invece quel debole centro di calore. Del resto la condotta va adattata alle singole circostanze.

E poichè parlo di movimenti, accenno anche alla respirazione artificiale. Il Dott. Alberti la credette rimedio nuovo e si dichiarò contento di averla messa in opera (*Spallanzani*, Fasc. V, anno XII, Serie II, *Caso di Scleremia*). Come lo attestano le storie citate, risultati indiscutibili non ne ho avuti, anche perchè quando ricorsi a quel mezzo non fu mai unico, e non mi votai a lui sempre. Non vorrò dire che il bagno adoperato dal Dott. Alberti con sale ammoniaco, che il riscaldamento diligente del bambino sieno stati i fattori unici della guarigione da sera a mattino, ma osserverò che i bagni caldi, il riscaldamento nel 3º, 4º, 5º caso guarirono da soli lo sclerema (e non parlo del 7º caso). — Però nessuno nega che l'indicazione di dilatare artificialmente la cassa toracica, di cacciare ossigeno in quegli alveoli, sia chiara, e primo, a quel che ho visto, l'ha trovata il Legroux. Non so in quale anno l'abbia messa in opera, ma cita le sue parole Bouchut nel 1867 *(Traité pratique de maladies des nouveaux nès, des enfants a la mammelle e de la seconde enfance).*

Nei bagni caldi, nell'involgere di ovatta e di lana il bambino mettendogli di fianco due bottiglie d'acqua calda e cambiandole appena intepidiscano, io ho la maggior fiducia. — Nel brefotrofio di Mosca alcuni anni fa erano in uso culle formate di una doppia parete metallica nella cui cavità si rinchiude acqua calda. Già Palletta nella seconda delle sue memorie sulla sclerosi dei neonati, a proposito della profilassi, tutta fondata sul principio del riscaldamento del piccolo essere, nomina l'incubazione. — Ma ancora un altro validissimo aiuto esiste, ed è la nutrizione, buona quanto si può.

Nulla di meglio se i bambini poppano, ma pur troppo le più volte non è così. Allora conviene pensare alla nutrizioue artificiale. È d'uopo dire che quando si possa raccogliere buon latte

di donna, esso servirà il meglio, convenientemente scaldato, diluito se è necessario, e offerto a piccoli cucchiai? Ma per lo più è difficile trovarne e allora, se non si ha la fortuna di poter approfittare di latte d'asina, conviene ricorrere a quello di vacca.

Non istarò a dire come, secondo gli scrittori dei vari paesi, sieno diverse le quantità di acqua e di zucchero che voglionsi aggiunte al latte di vacca per renderlo più digeribile. Nei primi tempi pare che l'unire due terzi di acqua ad una di latte sarebbe una giusta misura, ma la faccenda grave è che per lo più chi vende il latte ha già con cura praticate le necessarie e prudenti diluzioni secondo sua scienza, e allora?.... Il meglio forse è tasteggiare la tolleranza del neonato ponendo mente al come si digerisce una data qualità di latte, allungato in certo modo. Ciò si potrà dedurre dal vomito e dai suoi coaguli, dalla irrequietezza nella digestione, dall'abbondanza di gaz emessi e dal meteorismo, dal colore, dalla frequenza, dalla consistenza delle feci, dai coaguli che stanno in esse, dal peso giornaliero del feto, ecc.

L'acqua che si aggiunge è bene sia stata bollita ed è pure precauzione secondo i più dare il latte caldo. Il Dott. Guastalla non è dello stesso parere. Lo zucchero per non detoriare la digestione non deve essere in molta quantità. — Se si voglia mescolare al latte qualche cucchiaino di rosso d'ovo, non sarà male. — Ciò se il bambino deglutisce, ma se no, se fatica in quest'atto, se non può quindi nutrirsi che scarsamente, allora mi pare il caso di ricorrere all'innocente mezzo della nutrizione colla sonda, immettendo latte in poca quantita per volta e ben curando non penetri aria col latte. Anche questo soccorso non è punto nuovo, e benchè non tutti ne parlino, e Henriette di Bruxelles e Marchand se ne valsero, e Somma lo ricorda e consiglia. — E perchè tutte le funzioni languono e lo stomaco è di spesso intollerante di cibo, credo non inopportuno aggiungere qualche eccitante al pasto, benchè Somma rifiuti questo provvedimento. E così è che non solo di Moscato, ma neppure sono stato avaro di Marsala, ripetendone l'amministrazione di 10 goccie anche tre volte al giorno. Allo stesso modo è chiaro si può dare a cauta mano un po' di etere, di tintura di muschio, di acquavite, o di altri eccitanti come consigliano Underwood, Capuron, Chaussier, West, Steiner, ecc., sempre vigili a sorprendere il più lieve morboso effetto, sempre pronti a sospendere l'amministrazione della sostanza eccitante.

Una breve appendice. — Comunque leggiere sieno le mie osservazioni, non avrei potuto divertirmi a compierle senza il favore speciale del Prof. Chiara; è però a Lui che io debbo e volgo un vivo ringraziamento.

Diverse alunne di servizio nell'Istituto mi hanno aiutato nel prestare ai poveri bambini quelle cure che credevo opportune: resterò memore della loro gentilezza e diligenza. A rappresentarle tutte nomino le signorine Vermigli e Ginaneschi del 2° corso, e le signorine Camporesi e Fantucci del 1.°

DELL'INFLUENZA DELLA TEMPERATURA SULLA VITA DEL FETO
E SULL'ANDAMENTO DELLA GESTAZIONE

studio del Dottore DORÉ

Ricerche sperimentali fatte nel Laboratorio della Clinica Ostetrica di Parigi.

Il 3 marzo il Prof. Chiara intrattenendo la scolaresca sopra un caso di meningo-tifo gravissimo in una gestante al 6° mese, toccò la questione, tuttora secondo lui insoluta, dell'influenza che ha la ipertermia sulla vita del feto. Fatta una succinta critica degli ultimi lavori su codesto importantissimo argomento, il Professore conchiudeva che, a suo avviso, la medicina sperimentale non aveva posto e risoluto in modo scientifico il problema, poichè non aveva messo in conto il fattore infezione, cui nel caso speciale la febbre è sempre legata, e che solo allora si sarebbe potuto accogliere le conclusioni della medicina sperimentale, quando questa si fosse posta in condizioni molto prossime, per non dire identiche, a quelle in cui si fanno le osservazioni cliniche. Assoggettare un animale, per es., una coniglia gravida, a una temperatura esterna molto alta, che impedendo lo sperdimento del calore animale, obblighi questo ad accumularsi, constatare che quando questo tocca un certo grado l'animale muore.... aprire il cadavere subito dopo, constatare la morte dei piccoli e questo esito attribuire alla ipertermia per sè, senza tener conto delle molteplici lesioni che lo sbilancio termico può produrre allo infuori dell'organismo fetale, ma che su questo possono fatalmente influire, gli è, conchiudeva il Professore, mettersi non in condizioni analoghe alle cliniche, ma in tali condizioni che comunemente, nella vita clinica, non si affacciano mai. Queste, con altre tutte ugualmente importanti considerazioni, ci tornavano alla memoria leggendo lo

scritto del Dott. Doré che ci parve informato a un sano spirito critico: credetti pertanto, confortata dall'avviso del Professore, fare opera non inutile ai lettori degli *Annali di Ostetricia*, traducendo letteralmente il bel lavoro del Dott. Doré, pubblicato negli *Archives de Tocologie*, fascicolo di marzo e aprile 1884.

Emilia Bertocchi
Maestra nella Scuola ostetrico-ginecologica
di Firenze.

Da lungo tempo si sa che le malattie della madre possono, in certi casi, influire sul feto. Di già Hohl, nel 1883, aveva osservato che una elevazione di temperatura nella madre rende più frequente il polso del feto. Hüter, nel 1861, potè in sei casi constatare il medesimo fatto. Dalle ricerche di Hecker, di Fiedler, di Buhl, risulta che si può constatare delle remissioni e delle esacerbazioni del battito fetale in rapporto con le remissioni e le esacerbazioni del polso materno.

Ma si fu Kaminsky che, nel 1866, cercò di mettere in piena luce il punto sollevato da Hohl e radunò il più di materiale tendente a dimostrare, all'infuori dell'azione speciale della malattia, l'influenza nociva dell'alta temperatura materna sopra il feto. Appoggiandosi sopra 87 osservazioni cliniche di tifo e di febbre ricorrente durante la gravidanza, egli pose la regola assoluta che erano unicamente l'elevazioni esagerate dalla temperatura nelle malattie febbrili della madre, quelle che uccidevano il feto.

Nel 1869, Winchel venne, per mezzo di nuove osservazioni, a confermare le asserzioni di Kaminsky.

A questi casi clinici manca il controllo della fisiologia sperimentale. E allo scopo di riempire questa lacuna Maz Runge, dietro il consiglio del Prof. Leyden, intraprese un numero di esperienze fatte sopra degli animali. Runge, fondandosi sopra il risultato di queste esperienze, non esitò ad ammettere vere le asserzioni di Kaminsky.

In seguito, comparvero a Parigi le tesi di Dugnyot, Danzats, Hourdier, Jobard, Vincent, Baratte e Rousseau trattanti più o meno direttamente dell'influenza della temperatura materna sul feto.

Dugnyot (gravidanza e febbre tifoide, 1879), basandosi sulle sue osservazioni e sopra quelle di Kaminsky, conclude che tre

cause concorrono insieme all'aborto e alla morte del feto: l'avvelenamento del sangue, l'elevazione della temperatura materna e la difficoltata respirazione.

Danzats (ricerche sulla frequenza dei battiti del cuore del feto, 1879), ricorda le osservazioni di Hohl, di Kaminsky, le esperienze di Runge e fa dipendere l'aumento di frequenza delle pulsazioni fetali all'influenza medesima della febbre che agirebbe in due modi; e per l'elevazione della temperatura e per le modificazioni che prova il sangue in simili casi.

Hourdier (morte del feto negli ultimi mesi della gravidanza, 1880), s'appoggia ugualmente sopra i fatti di Kaminsky, sulle esperienze di Runge e alle osservazioni personali per concludere che la morte del feto nell'utero, sopravviene ogni qualvolta la temperatura materna oltrepassa i 40 gradi. Tuttavia, quest'autore non accorda al calore un'azione mortale così assoluta, e dice che è necessario tener conto di quale malattia è affetta la madre.

Jobard (vaiuolo e gravidanza, 1880), dichiara che, in seguito alle osservazioni di Kaminsky, le sue proprie e le esperienze di Runge, si può sostenere senza grande timore d'ingannarsi, che quando la temperatura della madre s'eleva al disopra di 40° vi è pericolo per la vita del feto, e che questo pericolo diviene di più in più imminente quanto più la durata di questa temperatura si prolungi o si elevi maggiormente.

Vincent (influenza della temperatura materna sopra la vita del feto, 1881), trovandosi nella necessità di sostenere senza dilazione la sua tesi inaugurale, ricorda le osservazioni di Kaminsky, fa una breve analisi assai dettagliata delle memorie di Runge, ne traduce qualche passo e riferisce le sue esperienze. Ma egli non cita alcun fatto personale, e senza essere così affermativo che Runge, emette naturalmente delle conclusioni analoghe alle sue.

Baratte (della febbre tifoide nella gravidanza, 1882), riporta 94 osservazioni, per le quali egli conclude che l'aborto sopravviene quasi sempre allorchè la temperatura è elevata e che raggiunge dai 39,5 ai 40 gradi. Ma egli nota ugualmente qualche osservazione di febbri tifoidi, a traccia febbrile elevata, che non fu seguita da aborto o da parto prematuro.

Infine Rousseau (rapporti della gravidanza con la febbre tifoidea, 1882), dopo avere citato le osservazioni delle tesi di Dugnyot e di Baratte, e ricordato i lavori di Kaminsky e di Runge, conclude, fra le altre cose, che le cause della morte del

feto, dell'aborto o del parto prematuro, sono moltiplici; ch'esse sono dovute, o a certi sintomi aggravanti, quale la elevazione della temperatura, oppure a certe complicanze (meteorismo, tosse, diarrea abbondante).

Riassumendo, la conclusione concorde è, che la elevazione termica nelle malattie febbrili è il solo elemento da prendersi in considerazione. Le osservazioni di Kaminsky e le esperienze di Runge sono la base di questa dottrina.

Queste sono opinioni troppo esclusive e troppo assolute.

Tutti i giorni le osservazioni cliniche vengono a smentire questi fatti; noi possiamo moltiplicare gli esempi di donne che hanno presentato una ipertermia considerevole, e non di meno ebbero parti di feti vivi; e per contrario di altre che, colpite da affezioni non febbrili, ebbero aborti o parti di feti morti.

Egli è evidente che gli autori precedenti, facendo convergere sistematicamente le loro ricerche cliniche e sperimentali sull'azione dell'elevazione termica nella donna incinta, hanno totalmente lasciato da parte un elemento che, nella patologia moderna, ormai tende ad occupare il primo grado; noi intendiamo parlare del carattere infezioso della malattia di cui la donna è colpita e delle perturbazioni organiche che sarebbero il fatto, non già dell'ipertermia, ma degli agenti infeziosi stessi.

Dunque la questione della morte del feto è più complessa di quello che a tutta prima sembra, pertanto è nostra intenzione di studiarne un lato soltanto e circoscritto, noi tenteremo soltanto di mettere in evidenza il fattore temperatura controllando i risultamenti delle esperienze fatte dai nostri predecessori, esperienze che tutti citano e ammettono sempre, senza che siano state verificate mai.

A tale scopo noi abbiamo intrapreso, dietro istigazione del nostro eccellente maestro, il Dott. Charpentier, professore aggregato alla Facoltà di Medicina, e guidati dal sapiente aiuto del Dott. Doléris, aiuto professore ostetrico, un certo numero d'esperienze che formarono già argomento in una comunicazione (1) fatta insieme nella Società di Biologia.

Noi abbiamo ottenuto risultati opposti a quelli di Runge, ed il fatto in sè non ci sorprende, allorchè si osserva sotto il punto di vista dell'esperienza stessa. E prima di farne la critica, ci sia

(1) Doléris e Doré. Società di Biologia, seduta del 21 giugno 1883.

permesso, di constatare anche il valore dei risultati ottenuti da questi autori non che ricordarne il metodo operativo.

Runge si serviva d'una stufa riscaldata a gas, in cui la temperatura poteva essere facilmente regolata, e attraverso alle pareti della quale egli poteva vedere l'animale. Un termometro gli indicava la temperatura ch'egli poteva far risalire facilmente nello spazio di 10 minuti, fino a 50 gradi.

Egli legava con cura i suoi animali, i quali durante tutto il tempo dell'esperimento, facevano sforzi violenti per sbarazzarsi dai legami.

Egli dice: tutte le volte che si aveva legato un animale in esperienza, si osservava che la temperatura aumentava all'incirca di un grado, ma dopo qualche minuto di riposo la temperatura ridiscendeva alla normale; dunque egli non ha provato che questi sforzi possano provocare contrazioni uterine.

Se l'esperienza è prolungata per lungo tempo si ottiene nell'animale una elevazione termica pur moderando la temperatura della stufa.

« Se la temperatura dell'animale in esperienza deve essere mantenuta per un tempo determinato e ad una altezza data, è necessario sorvegliare con grande cura la temperatura della stufa e quella dell'animale. »

« Se si abbassa regolarmente, o si eleva più lentamente o più rapidamente la temperatura della stufa per mezzo d'un calore più debole o più forte, aprendo o chiudendo le porte, togliendo dalla stufa l'animale, ed esponendolo all'aria fredda, ricoprendolo di compresse fredde, facendogli delle frizioni ghiacciate, e rimettendolo momentaneamente in una stufa mediocremente o più fortemente riscaldata, si arriva, dopo qualche tentativo, ad ottenere una temperatura presso a poco costante e che oscilla per un certo tempo nei limiti di soli $^5/_{10}$ di grado. »

Onde constatare l'elevazione della temperatura delle madri, Runge introduceva dei termometri nelle orecchie, nel retto, nella vagina; termometri che potevano essere ispezionati dall'esterno della stufa,

Allo scopo di riconoscere lo stato del feto, Runge praticava l'operazione cesarea nel momento opportuno nel quale egli voleva sapere se il prodotto era vivo o morto. Quando un feto respirava o muoveva le estremità, egli lo diceva vivo senza occuparsi se sarebbe morto dopo un tempo più o meno lungo. Se al

contrario l'animale non respirava più, se alle eccitazioni meccaniche le membra non rispondevano, egli lo diceva morto e ne distingueva due casi: o il cuore era assolutamente immobile o esistevano ancora leggiere contrazioni fibrillari. In quest'ultimo caso egli voleva provare che la morte non risaliva al di là di qualche istante.

Il criterio per dimostrare la morte della madre era la cessazione dei movimenti respiratori. Per quanto era possibile egli sceglieva delle femmine a termine.

Runge fece 25 esperienze di tal genere; eccone il riassunto:

Esperienza I. — Coniglia a termine. Stufa riscaldata da 40° a 52°. Durata dell'esperienza 39 minuti. Morta con la temperatura rettale di 40°,2. Operazione cesarea: quattro piccoli che non respiravano ma aventi ancora qualche contrazione ritmica del cuore. Lunghezza dei piccoli 7 ctm.

Esperienza II. — Coniglia bruna molto sviluppata, stufa riscaldata a 50°. Durata dell'esperienza 41 minuti. Morte con 46°,4 di temperatura rettale. Operazione cesarea: cinque piccoli. Il primo estratto fa una inspirazione e muore, gli ultimi quattro sono completamente morti. Praticata l'apertura del torace si vede che il cuore del primo si contrae ancora mentre è immobile negli altri.

Esperienza III. — Piccola coniglia. Stufa riscaldata a 50°. Durata dell'esperienza 30 minuti. Morta con 42°,3 di temperatura rettale. Operazione cesarea: un feto assolutamente morto, lungo 6 centimetri.

Esperienza IV. — Coniglia di media grandezza. Stufa riscaldata a 50°. Durata dell'esperienza 35 minuti. Morta con 43°,5 di temperatura rettale. Operazione cesarea: nove feti assolutamente morti, senza visibili contrazioni del cuore. Lunghezza dei feti 9 ctm.

Esperienza V. — Coniglia di media grandezza. Stufa riscaldata a 50°. Durata dell'esperimento 45 minuti. Morte con 42°,5 di temperatura vaginale. Operazione cesarea: sei feti morti. Dopo l'apertura del petto due cuori presentano ancora contrazioni evidenti. Lunghezza dei feti 9 ctm. e $^1/_2$.

Esperienza VI. — Coniglia di media grandezza. Stufa riscaldata a 40°. Durata dell'esperimento 53 minuti. Morta con 42°,6 di temperatura vaginale. Operazione cesarea: quattro feti manifestamente morti senza contrazioni del cuore. Lunghezza dei feti 7 ctm. e $^1/_2$.

Esperienza VII. — Coniglia di media grandezza. Stufa riscaldata a 50°. Durata dell'esperimento 12 minuti. Morta con 43°,7 di temperatura vaginale. Operazione cesarea: sei feti, il quinto fa tre inspirazioni e muore, gli altri sono morti.

Esperienza VIII. — Coniglia nera. Stufa riscaldata a 50°. Durata dell'esperimento 29 minuti. Morta con 42°,5 di temperatura vaginale. Operazione cesarea: sei feti, due morti putrefatti, quattro muovono le estremità e presentano contrazioni del cuore.

I seguenti esperimenti sono tali che i loro risultati valgono a confermare l'enunciato.

Esperienza IX. — Una coniglia mantenuta in una temperatura oscillante di 42° a 42°,5 per 30 minuti dovrà partorire dei feti morti. Durata dell'esperimento 1 ora e $^1/_4$, durante il qual tempo la temperatura è mantenuta da 42° a 42°,6 per 30 minuti. Operazione cesarea sulla madre viva; sei feti completamente morti; e uno solo presenta contrazioni di cuore dopo l'apertura del petto.

Esperienza X. — Una coniglia dovrà essere portata dalla temperatura di 41° alla temperatura di 42° nello spazio di 15 minuti. Durata dell'esperimento 29 minuti. Operazione cesarea: cinque feti evidentemente non vitabili; due, sotto l'eccitazione di uno spillo fanno dei deboli movimenti, ma non respirano; gli altri sono completamente morti.

Esperienza XI. — L'animale sarà per 20 minuti mantenuto in una temperatura di 41° a 42°. Durata dell'esperimento 1 ora. Operazione cesarea: tutti i feti sono morti, il più grosso ha ancora delle contrazioni regolari del cuore dopo l'apertura del petto.

Esperienza XII e XIII. — L'animale sarà tenuto per lo spazio di 20 minuti in una temperatura oscillante fra i 41°,5 e 42°. Gli esperimenti durano 1 ora; l'operazione cesarea, praticata sulla

madre colpita da violenti convulsioni, dà in ciascun caso cinque feti morti. Nulladimeno, nel decimo secondo esperimento tre feti respirono più volte, muovono le estremità e muoiono in seguito.

Esperienza XIV. — Grossa coniglia. Durata dell' esperimento 1 ora, nel qual spazio di tempo la bestia è mantenuta per 30 minuti in una temperatura di 41°,6. Operazione cesarea: sette feti. Due ancor vivi fanno profonde inspirazioni e muovono le estremità; per altro dopo 2 minuti la respirazione cessa. Gli altri cinque sono morti ma hanno ancora contrazioni del cuore.

Esperienza XV. — Coniglia di media dimensione. Durata dell' esperimento 45 minuti. Operazione cesarea sull' animale vivo avente una temperatura rettale di 41°,5. Sei feti a termine vivi che gridano e che si muovono.

Esperienza XVI. — Grossa coniglia. Durata dell' esperienza 1 ora e 1/4. Operazione cesarea sull' animale vivo avente una temperatura vaginale di 41°. Cinque feti a termine, quattro morti, uno fa una profonda inspirazione, ma non muove le membra.

Esperienza XVII. — Coniglia bianca. Durata dell' esperimento 1 ora e 10′. Operazione cesarea sull'animale vivo avente una temperatura vaginale di 41°,6. Quattro feti morti, due hanno ancora delle pulsazioni cardiache.

Esperienza XVIII. — Coniglia lasciata nella stufa 1 ora 1/2 e tenutavi per 1 ora con una temperatura superiore a 41°. Operazione cesarea sull'animale vivo; sei feti completamente morti senza contrazioni del cuore.

Esperienza XIX. — Robusta coniglia bianca, mantenuta per 1 ora nella stufa, con una temperatura animale oscillante fra i 40° e 40°,8 per 25 minuti. Operazione cesarea sulla bestia viva; cinque feti viventi.

Esperienza XX. — Grossa coniglia tenuta 55 minuti nella stufa, temperatura animale da 40° a 41° per 30 minuti. Operazione cesarea sull'animale vivo: i feti sono vivi.

Esperienza XXI. — Coniglia di mediocre sviluppo, mantenuta per 1 ora 5 in una stufa con una temperatura vaginale da 40° a 40°,7 per 40 minuti. Operazione cesarea; otto feti vivi lunghi 6 ctm.

Esperienza XXII. — Coniglia nera di media dimensione tenuta nella stufa per 1 ora e 27 minuti; temperatura vaginale dell'animale fra 40° e 40°,7 per la durata di 65 minuti. Operazione cesarea: sette feti perfettamente vivi.

Esperienza XXIII. — Piccola coniglia tenuta in una stufa per 1 ora e 20 minuti, e per 63 minuti alla temperatura fra 39°,7 a 40°,7. Taglio cesareo: feti vivi.

Esperienza XXIV. — Coniglia robustissima e ben sviluppata, mantenuta nella stufa 1 ora e 20 minuti con la temperatura vaginale da 40° a 40°,5 per 1 ora. Operazione cesarea: tutti i feti morti senza contrazioni del cuore.

Esperienza XXV. — Piccola coniglia tenuta nella stufa 2 ore ½; temperatura vaginale da 39°,8 a 41° per 115 minuti. Operazione cesarea: cinque feti perfettamente vivi.

Dalle sue esperienze Runge ne trae 3 conclusioni:

1.° Che la temperatura del feto si mantiene superiore di qualche decimo a quella della madre anche quando la temperatura questa è superiore alla media normale.

2.° Che in simili casi il feto è morto per la elevata temperaturo prima ancora che la madre soccombesse.

3.° Che una temperatura di 41°,5 della madre non fosse che della durata di qualche istante, diviene costantemente mortale per il feto.

Operando in tal modo, Runge più che cercare l'azione dell'ipertermia compatibile colla vita degli animali; ha seguitato lo studio della questione dell'azione del calore dell'ambiente sull'andamento della gravidanza e sulla vitalità del feto. E noi contestiamo il valore assoluto delle sue esperienze prendendo in considerazione la temperatura eccessiva alla quale egli ha assoggettato i suoi animali e la rapidità colla quale essi sono morti.

Infatti, Runge non ha riunito le condizioni ordinarie della febbre con le sue remissioni e le sue esacerbazioni. Egli non ha esperimentato che la temperatura anormale di breve durata la influenza della quale fu raramente prolungata al di là di 1 ora.

Ora la clinica offre qualche volta queste circostanze, ma è necessario riconoscere che queste sono le eccezioni.

Le elevazioni di temperatura sulle quali si basano le osservazioni

di Kaminsky, Winckel, Dugnyot, Danzats, Hourdier, Jobard, Baratte e Rousseau, per accordare alla temperatura materna un'azione più o meno nociva sul feto, appartengono a malattie a ciclo febbrile definito, che dura più giorni se non più settimane. Per di più egli non ha tenuto conto di questo fatto che gli animali non equilibrano la loro temperatura per mezzo della traspirazione cutanea; che rinchiusi in un aria secca e calda, essi accumulano il calorico e i loro centri nervosi si riscaldano rapidamente tanto quanto le altre parti del corpo; ed egli non ne ha dedotte le conseguenze possibili: disturbi circolatori, disturbi nervosi tali da produrre la morte del feto causata da perturbazioni vascolari della placenta, da contrazioni uterine, da spandimenti sanguigni interutero placentali, da disturbi della placenta ed in fine dalla soppressione brusca o progressiva della circolazione fetale.

Inoltre, i mezzi coi quali quest' autore è pervenuto a mantenere i suoi animali ad una temperatura costante, collocandoli dapprima in una stufa riscaldata a 50 gradi per raffreddarli in seguito coprendoli di compresse ghiacciate e ricollocandoli poi in una stufa a bassa temperatura, a noi sembrano privi di rigore. In tutti i modi essi sono pericolosissimi sotto il punto di vista dell' esito delle esperienze: alternative di riscaldamento e di raffreddamento, tale è, in due parole, il suo processo.

Malgrado ciò, e onde metterci al coperto di rimprovero per partito preconcetto, abbiamo (il mio collaboratore il sig. Doléris ed io), in una prima serie d'esperienze, cercato di metterci nelle stesse condizioni di Runge, e si vedrà che anche allora i nostri risultati sono molto differenti. In seguito noi ci siamo sforzati d'evitare gl' inconvenienti che più sopra abbiamo segnalato e procurato di riprodurre un' elevazione di temperatura artificiale il meno differente possibile dalla vera febbre. Anche allora abbiamo ottenuto risultati variabili, ma più armonici col principio che ci ha guidati.

È solo dopo tentativi ripetuti che siamo arrivati ad un processo capace di fornirci dei dati d'un valore incontestabile, e secondo i quali noi abbiamo fatto la nostra terza serie d'esperienze.

Noi ci siamo serviti d'una stufa vetrata di grandi dimensioni che il sig. Doléris ha fatto costruire da Wiesnegg, sul modello di una di quelle che servano al laboratorio del sig. Pasteur.

La temperatura è rigorosamente regolata per mezzo d' un regolatore ad aria. La si modifica con la più grande facilità ag-

giungendo o togliendo dei pesi determinati. È la prima modificazione portata al regolatore Schlesing diggià modificato da Arsonval.

Un termometro, collocato nella stufa e visibile all'esterno, permette ad ogni minuto di osservare la temperatura. Con la stessa facilità si può osservare gli animali assoggettati agli esperimenti, lasciati liberi o tutto al più si rinchiusi in una gabbia spaziosa.

Noi abbiamo sempre notato la temperatura rettale degli animali. Per far ciò abbiamo estratto rapidamente la bestia e richiusa la stufa medesima e dopo osservazioni ripetute noi ci siamo assicurati che questo non cambiava la temperatura dell' apparecchio che sempre al momento in cui l'animale vi era rimesso aveva raggiunto il grado voluto. Quanto all'animale stesso, dalle nostre ricerche spicca facilmente che gli effetti del calore così immagazzinato da lui, persistono lungo tempo anche dopo l' uscita dalla stufa, malgrado il soggiorno all' aria libera. In tali condizioni la elevazione termica si mantiene al medesimo grado per la durata di quindici minuti in media. È necessario una mezz' ora perchè si abbassi nuovamente d'un grado, e non ritorna alla normale se non dopo parecchie ore.

Conosciuto questo, nulla ci obbligava a cercare, come Runge, delle complicanze per il collocamento di apparecchi termometrici e semplificavamo le difficoltà per prendere la temperatura delle nostre bestie.

Per quello che concerne l' ordine delle nostre esperienze, noi abbiamo avuto per obbiettivo dominante di evitare gli effetti estranei a quelli del calore acquistato internamente che solo realizzano le condizioni dell'ipertermia febbrile.

Per conseguenza abbiamo cercato di evitare gli effetti del riscaldamento eccessivo, i disordini nervosi circolatori e respiratori che ne sono la conseguenza molto verosimile e la di cui azione sul feto viene a sovraggiungersi all' azione isolata del calore.

Noi abbiamo fatto respirare le nostre bestie in un' aria qualche volta moderatamente impregnata di vapore acqueo, in modo da evitare il rapido rasciugamento della superficie respiratoria, altre volte nell'aria secca, senza perciò osservare grandi mutamenti nei resultati degli esperimenti,

Noi li abbiamo frequentemente e ad intermittenze rinfrescati internamente per modo da poter riprodurre l'ipertermia per lunghi periodi e per più giorni di seguito.

In tal modo noi pensiamo d' aver realizzato le condizioni della febbre sperimentale: calor praeter naturam. Gli esami dei muscoli sono stati fatti dal Dott. Doléris al laboratorio, seduta stante.

Aggiungiamo infine che le nostre osservazioni sono state fatte su femmine presso al termine, che il più delle volte noi eravamo in grado di determinare d'una maniera esatta, conoscendo esattamente il giorno della fecondazione.

Onde stabilire lo stato di vita o di morte del feto, in qualcuna delle nostre esperienze, noi ci siamo serviti del solo segno che nella specie umana permette di riconoscere se il feto è vivo, vale a dire il battito del cuore.

Prima Serie.

Benchè fin dapprincipio le nostre induzioni ci avessero allontanati dal processo di Runge, che ci pareva irrazionale, abbiamo creduto di dover sperimentare in principio come lui, vale a dire riscaldando eccessivamente gli animali. Queste prime prove non sono d'altra parte che esperimenti di controllo.

Esperimento. I. — Cavia gravida pesante 950 grammi, stufa riscaldata a 62 gradi, calore secco.

1 ora 15. T. R. 39,5 l'animale è messo nella stufa.
1 ora 20. T. R. 41 l'animale ha defecato.

Durata dell'esperimento 5 minuti.

La bestia è ritirata e lasciata al fresco per la durata di 1 ora e 25 minuti.

2 ore 45 T. R. 39 l'animale è messo nella stufa.
2 ore 55 T. R. 41,5 movimenti disordinati.
3 ore 15 T. R. 45 morte.

Durata dell'esperimento 30 minuti.

Io toglieva dal ventre della madre tre feti morti. La loro temperatura interna è di 44,6.

L'autopsia della madre fa vedere numerosi echimosi sottopleuriche e tre larghe echimosi sottopericardiche.

Cuore contratto, in sistole, durissimo assolutamente vuoto.

Nessun inizio di travaglio.

I feti sono sensibilmente della stessa dimensione e pesano insieme 90 grammi. — Nessuna inspirazione, non contrazioni neppure fibrillari del cuore.

Esperimento II. — Coniglia molto robusta, a termine, montata il 23 maggio. Stufa a calore secco, riscaldata a 57 gradi.

21 giugno	2 ore 56	T. R. 38,6	messa nella stufa.
	3 ore 6	T. R. 41	agitazione.
	3 ore 15	T. R. 42	l'animale ha orinato.

Durata dell'esperienza 19 minuti.

La respirazione della bestia è affannosa e precipitata, le pulsazioni del cuore sono incontabili. La ritiro dalla stufa.

La temperarura tiene l'andamento decrescente che segue:

3 ore 25 T. R. 41,6.
3 ore 35 T. R. 39,8.
4 ore — T. R. 39,6.
4 ore 45 T. R. 39.

Rimessa nella sua capanna la coniglia partorisce nella notte del 23 al 24 giugno sei feti perfettamente vivi.

Esperimento III. — Cavia femmina a termine, pesante grm. 838, stufa a calore umido, riscaldata a 50 gradi.

3 ore 35	T. R. 38,6	messa nella stufa.
3 ore 45	T. R. 38,6	l'animale orina e s'agita nella stufa.
3 ore 55	T. R. 40,8	
4 ore 50	T. R. 40,8	l'animale giace immobile, la sua respirazione anelante si rallenta di più in più.
5 ore 02	T. R. 44,5	Morte. Il cadavere è rigido.

Durata dell'esperienza 1 ora e 27 minuti.

Subito dopo io l'apro e ritiro due feti morti, la temperatura dei quali è di 44 gradi.

Autopsia della madre. Il peso non è più di 808 grammi.

Tutto il polmone destro è pressochè uniformemente del colore della feccia del vino chiaro: il sinistro è meno colorato.

Si può attribuire questo stato più alla congestione che all'asfissia.

Con leggiero massaggio si fa sfuggire l'aria alla periferia e sparire il colore.

Il cuore è in sistole.

Sul pericardio viscerale esistono due piccole macchie echimotiche.

Il ventricolo sinistro è in sistole e perfettamente chiuso, il destro al contrario, mediocremente dilatato, contiene un coagulo.

Le orecchiette contengono sangue coagulato.

Il fegato è congestionato.

Autopsia dei feti: essi sono coperti di pelo.

Uno peso 80 grm. e l'altro 78.

I polmoni sono di color roseo, molto uniformi, perfettamente omogenei, senza echimosi nè traccia d'apoplessia.

Il fegato pare piuttosto un po' congestionato: e la colorazione si accentua in alcuni punti.

Reni piccoli non congestionati, capsule soprarenali sane.

La loro vescica è del volume d'un grosso pisello.

Essa è piena di orina fortemente alcalina.

Non echimosi sotto il pericranio, nè sotto la pelle, nè nello spessore dei muscoli.

Le placente sono certamente congestionate.

Esperimento IV. — Cavia completamente al termine del peso di 1195 grammi.

Stufa a calore umido, riscaldata a 49 gradi.

9 ore 10 T. R. 38,4 è messo nella stufa.

10 ore 10 T. R. 44,8 l'animale in preda a movimenti convulsivi è ritirato dalla stufa ed è praticata l'operazione cesarea sull'animale ancora vivo, ma arrivata all'ultimo periodo di resistenza, essa è oppressa, senza reazione.

Durata dell'esperimento 1 ora.

Si estraggono tre feti vivi colla temperatura di 43 gradi.

Anche dopo l'apertura del torace e dell'addome la bestia vive ancora ed è necessario distruggere il bulbo per ucciderla.

Autopsia della madre: il corpo non pesa più di 805 grammi, ma vi fu perdita di discreta quantità di sangue.

Cuore duro in sistole. Vi ha un coagulo nell' orecchietta e nel ventricolo destro. Ventricolo sinistro assolutamente vuoto.

Non echimosi sottopericardiche, sottopleuriche, nè sottopericraniche.

Reni e capsule sopra renali voluminosi, ma non congestionati.

Autopsia dei feti: essi sono coperti di pelo, sensibilmente dello stesso sviluppo e pesano insieme 325 grm.

Al momento della loro estrazione sono tutt' affatto vivi: il loro cuore batte e respirano.

L' un d'essi è aperto con un colpo di forbici, il suo cuore si contrae ancora per qualche istante. Gli altri due muoiono all' incirca dieci minuti dopo; sopra quest'ultimo si pratica l'autopsia.

Il cuore è in sistole, l'orecchietta destra sola rinchiude un coagulo, le altre cavità sono assolutamente vuote.

I polmoni assolutamente sani; gettati in un cristallo pieno di acqua galleggiano.

La vescica più grossa di un grosso cece contiene orina alcalina.

Il fegato, la milza ed i reni sono sani.

Non echimosi pericraniche, ma le meningi mi sembrano iniettate.

Nulla al cervello.

Le placente erano aderenti alla parete uterina; fu necessario scollarle onde poter estrarre i piccoli.

In queste prime quattro esperienze gli animali sono stati sottoposti a temperature decrescenti.

Esperienza	I.	Stufa	62°
»	II.	»	57°
»	III.	»	50°
»	IV.	»	49°

La durata della vita è stata in una proporzione parallelamente inversa.

Esperimento I. Stufa 62°, morte in 30 minuti.

Esperimento III. Stufa 50°, morte in 1 ora e 27 minuti.

In questi due casi si attese la morte confermata dalla madre. La temperatura massima raggiunta è stata la seguente:

Esperimento I. Stufa 62°, morte in 30 minuti. Temper. massima 45,6.

Esperimento III. Stufa 50, morte in 1 ora e 27 minuti. Temperatura massima 44,5.

In tutti due i casi i feti furono trovati morti ed avevano temperature quasi uguali.

Esperimento I. Stufa 62, morte in 30 minuti. Temperatura materna 45°, temperatura fetale 44.6.

Esperimento III. Stufa 50°, morte 1 ora e 27 minuti. Temperatura materna 44°,5, temperatura fetale 44.

NB. Nel secondo esperimento l'animale fu sottratto all'azione del calore dopo 19 minuti d'esperimento.

Esperimento II. Stufa 57°. Soggiorno nella stufa 19 minuti. Temperatura massima 42°. La bestia ha partorito dei feti vivi ed a termine.

NB. Nel IV esperimento la bestia è stata aperta avanti la morte, i feti erano vivi.

Esperimento IV. Stufa 49°. Soggiorno 1 ora (animale aperto avanti la morte). Temperatura massima 44°,8. Temperatura fetale 43°.

Questo quadro così riassunto ci offre la successione logica dei fatti e le controindicazioni apparenti trovano una spiegazione razionale.

Ne possiamo concludere che mano mano che si eleva la temperatura della stufa, la madre muore più presto.

Se nella II esperienza noi la vediamo sopportare la temperatura di 57 gradi, è perchè arrestammo l'esperimento dopo 19 minuti.

L'animale non ha allora che raggiunto 42 gradi.

Questa temperatura non ha avuto alcuna influenza sull'andamento del parto, nè sulla vitalità dei feti, poichè la bestia partorisce a termine dei piccoli vivacissimi. E gli è grazie alla brevità del tempo del riscaldamento eccessivo e alla mancanza quindi del tempo necessario per la comparsa dei disturbi e delle lesioni osservate in simili casi che essa ha potuto sopravvivere.

Quanto ai feti, tutto ciò che si può dire in questi casi, si è che

essi hanno potuto resistere alla ipertermia (42°) sola, vale a dire esenti dal segnale degli accidenti dovuti al riscaldamento prolungato.

Nella nostra IV esperienza, la madre resiste più a lungo tempo in ragione della minore elevazione della temperatura della stufa, 49 gradi. Nonostante essa arriva ad acquistare la temperatura esterna di 44°,8. E la vivisezione praticata ci mostra ch'essa non ha ancora provato la più piccola lesione viscerale.

Gli altri disturbi inerenti al riscaldamento non hanno agito di più sopra i feti, poichè noi li abbiamo trovati vivi.

Da queste quattro prime esperienze noi non possiamo concludere che la morte del feto è direttamente conseguenza della morte della madre.

Infine faremo osservare che nella esperienza I e III abbiamo aspettato la morte che si aveva in un ambiente moltissimo riscaldato. Queste madri all'autopsia presentavano alterazioni placentali (congestioni, apoplessia) intorno alle quali noi non ci siamo ancora fatti un'idea esatta e che ci accontentiamo di accennare in attesa dell'esame istologico. Si potrà anche rilevare la differenza che esiste fra le nostre esperienze e quelle del Runge, poichè, mentre che egli ammette che i feti cessano di vivere appena che la madre arriva alla temperatura di 45 gradi e mezzo, le nostre esperienze II e IV ci danno dei nati che vivono ancora mentre la madre ha raggiunto 41 e 44 gradi e 8.

Noi potremo senza molta difficoltà mostrare fin d'ora la stranezza per non dire di più dei risultati ottenuti da quest'autore, ma la seguente serie dei nostri esperimenti parla ancora più concludentemente.

(Continua).

NOTIZIE VARIE

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

Notizie cliniche.

Un concorso di circostanze, o se vuolsi, un azzardo clinico punto comune ha fatto accogliere, in poco più di un mese, nella sezione ginecologica di questo istituto tra 23 ricoverate presenti N. 10 tumori addominali di pertinenza degli organi della sfera genitale; gli è ciò che da ragione del numero rilevante di 5 laparotomie e 2 punture aspiratrici che si succedettero nel breve periodo trascorso dal 28 aprile al 12 maggio. Ecco un sunto di notizie relative a codeste ammalate.

Letto N. 24. — Fibroma uterino interstiziale — Dolori acerbissimi all'epoca mestruale — Fenomeni di compressione vescicali — Accessi di istero follia (idee di suicidio) nel periodo mestruale — Flusso mestruo abbondante — Castrazione il 28 aprile — Decorso apiretico della malattia chirurgica — Manca la mestruazione di maggio — Miglioramento notevole negli altri fenomeni.

Letto N. 13. — Cistosarcoma in vecchia di 66 anni: contenuto liquido di 20 litri — Laparotomia il 2 maggio — Si trova il tumore senza peduncolo, vivente a spese delle aderenze peritoneali — V' ha pure un'aderenza, ma lassa, con il colon ascendente — Decorso apiretico — Guarigione nel 12° giorno.

Letto N. 17. — Fibroma uterino e ipertrofia dell'organo — Flusso mestruale abbondante — Dolori peritonici veramente atroci a ogni mestruazione, da circa un anno — Aumento rapido del tumore — Castrazione il 5 maggio — La operazione fu resa lunga e laboriosa

da aderenze a destra — Legatura de' legamenti — Decorso apiretico — Guarigione della malattia chirurgica il 12° giorno — S'attende l'epoca mestruale per giudicare dell'esito curativo.

Letto N. 15. — Piccolo fibroma sottomucoso del corpo uterino — Menorragie profuse e dolori — Idroemia spinta — Castrazione il dì 8 maggio — Decorso regolare: si tolgono i fili la mattina del 13 maggio — In tutte 3 le donne operate di castrazione s'è trovata la idropisia di una tromba; la destra delle prime 2, la sinistra nell'ultima: in una fu difficile la distinzione da un'ansa intestinale.

Letto N. 12. — Retroversione completa e retrofessione dell'utero prodotta e mantenuta da un cistoma ovarico grande quanto una grossa arancia — Riposizione forzata dell'utero previa la cloronarcosi: il cistoma scende dietro l'utero e si fissa in vagina — Puntura per questa via il dì 9 maggio — Lieve risentimento peritoneale febbrile: la febbre cede dopo 3 giorni — La retroversione non s'è riprodotta. — La donna parte volontaria il 22 maggio.

Letto N. 44. — Probabile cisti ovarica suppurata e peritonite ripetuta in puerperio — Febbre etica — Laparotomia il 14 maggio — si trovano tre strati di essudato peritonitico attorno a una cisti uniloculare sinistra, grande come una testa di adulto — Contenuto fibrino-purulento — Adesioni peritoneali, intestinali e pelviche — Usura della parete cistica in 2 punti — Estirpazione impossibile per la resistenza e vascolarità delle aderenze — Sutura della cisti a' margini della incisione addominale — La febbre non cede, e l'operata muore il 18 maggio.

Letto N. 39. — Fibromi uterini sottoperitoneali che aumentano rapidamente in donna di 44 anni — Laparotomia in vista dopo cessata la mestruazione imminente.

Letto N. 22. — Cisti probabilmente del paraovario, uniloculare a contenuto fluidissimo — Puntura evacuatrice il 12 maggio che si spera curatrice — Liquido limpido privo di albumina — In osservazione — Niun effetto cattivo dalla puntura — Niun indizio di versamento il 24 maggio.

Letto N. 38. — Fibroma uterino ed ematocele periuterino — In osservazione.

Letto N. 32. — Fibroma uterino interstiziale e in parte sottomucoso — Età della donna 53 anni — Lieve ma ostinata emorragia e anemia consecutiva — Injezioni di tintura jodica e poi di percloruro di ferro — La emorragia si sospende — La donna va migliorando.

È probabile che nell'anno si possa raccogliere un numero di operazioni Battey (per infrenare lo sviluppo de' fibromi uterini) sufficiente per giudicare, anche con elementi italiani, il valore di codesto compenso terapeutico che sarebbe assai meno azzardoso e grave della isterectomia sopravaginale.

A far parte del Consiglio superiore della pubblica istruzione quale rappresentante la Facoltà di Medicina venne eletto in seguito a ballottaggio, il Prof. Albanese, direttore della clinica chirurgica nella R. Università di Palermo.

Lo stesso Consiglio superiore, approvate le conclusioni della commissione giudicatrice, propose a Prof. ordinario di ostetricia nella R. Università di Catania Luigi Mangiagalli Prof. straordinario a Sassari. Nella graduatoria riuscì 2° il Prof. Negri, e 3° il Dott. G. Inverardi. Sinceri rallegramenti allo eletto, e ai distinti, appartenenti tutti alla famiglia de' nostri *Annali di Ostetricia.*

La facoltà di Medicina e Chirurgia del R. Istituto di Studii Pratici e di Perfezionamento di Firenze, ha accordato al Dott. Fasola aiuto alla clinica ostetrico-ginecologica, la validità della libera docenza, ottenuta a Parma, per ostetricia, per la scuola fiorentina.

Si rammenta ancora agli interessati che la società italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria terrà la sua adunanza annuale a Torino dal 20 al 25 settembre p. v. In tempo utile sarà fatto noto il luogo e l'ora della riunione. I sunti delle comunicazioni o delle presentazioni devono essere inviati al signor Prof. Paolo Negri uno dei segretari, a Novara, non più tardi di 31 luglio a. c.

Nella nota dei soci fondatori della Società di Ostetricia Ginecologia e Pediatria fu involontariamente dimenticata l'inscrizione dell'aderente:

Dott. Della Rocca, Como.

Accettato il cambio degli *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria* con il periodico mensile: *Archivos de Ginecologia y Enfermedades de la Infancia,* di Madrid.

LIBRI PERVENUTI IN DONO AL GIORNALE

Dott. Antonino Turretta. — *Su di un caso di spina bifida guarita con la legatura elastica e sui metodi di cura di tale infermità.* Messina, 1884.

Dott. Antonino Turretta. — *Sulla guarigione spontanea di un cistoma dell'ovaia.* Autopsia. Napoli 1884.

Dott. Ermanno Pinzani. — *Intorno ad una cagione tutta speciale dell'inerzia uterina nel parto e dopo di esso.* Bologna, 1884.

Dott. Basso Arnoux. — *Contributo alla conoscenza di alcuni punti de' genitali muliebri.* (Ottanta giorni all'Istituto anatomico di Siena), opuscolo di 11 pagine rispondente al titolo « *Note* » datogli dall'autore.

Dott. Pier Mattia Fontana, Medico nell'Ospitale di Brescia. — *La salute del bambino.* Precetti elementari d'igiene.

Dott. Ad. Wasseige. — *Kyste de l'ovaire. - Guérison.* Bruxelles 1884.

Dott. Ad. Wasseige. — *Rétrecissement du bassin - Accouchement prématuré artificiel - Laminage de la tête - Céphalotripsie.* Charleroi 1884.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume VI. Giugno-Luglio 1884 N. 6-7.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

IL FORCIPE TRAENTE NELL'ASSE

TESI

PER LA LIBERA DOCENZA IN OSTETRICIA

del Dott. GIOVANNI INVERARDI

Medico 1.° Assistente nell' Istituto Ostetrico di Torino.

Valore e critica delle modificazioni fatte al forcipe per renderlo istrumento traente nell'asse.

(*Cont.* V. N. 5, pag. 261).

b) È appunto per ovviare a questo inconveniente che il *Tarnier* diede fuori il secondo modello (fig. 19), il quale presenta qualche differenza sul primo. Le cucchiaia sono più larghe e più corte, ed alla parte inferiore e posteriore della gemella posteriore sono inserite le aste per le tirate. Da questo punto (supponendo il forcipe posto orizzontalmente colla curvatura pelvica rivolto in alto) le branche si portano in alto per un tratto brevissimo, indi si ripiegano e si mantengono per tutto il loro decorso orizzontali. Ma non così le aste, le quali, dopo aver seguito la curva delle branche, oltrepassate di poco l'articolazione si ripiegano di nuovo in basso, e raggiungono la linea assile delle cucchiaia. Questo modello che è posseduto dalla Clinica Ostetrica di Torino, e col quale si sono fatte le prime applicazioni, è ancora molto imperfetto, ma ha già sul primo modello il vantaggio, di presentare l'innesto meno complicato. Le aste si staccano dal manubrio a livello dell'articolazione del forcipe, e sono tenute fisse alle branche per mezzo di due piuoli, uno per branca, i quali ten-

gono per attrito le aste aderenti alle branche del forcipe. Le aste si innestano poi sul manubrio per mezzo di una specie di viera annessa al medesimo in cui entrano le aste, e sono tenute da una vite. Le aste sono quindi vincolate alle branche alle quali si adattano esattamente, mentre troviamo sul manubrio la curvatura perineale la quale però in questo modello è distribuita in parte sul manubrio e in parte sulle branche e sulle aste, che stanno fisse alle branche stesse. Ma il genere d'innesto delle aste col manubrio è ancora incomodo, la vite entra difficilmente nella madrevite che la deve accogliere, e in una applicazione (Osserv. I) si è durato molta fatica ad ottenere l'innesto delle aste col manubrio.

Di più questo modello ha altri inconvenienti. Per la curva che le branche presentano, l'applicazione riesce meno facile e in mano poi a persona poco esercitata sarà addirittura difficile anche per la grossezza e larghezza delle cucchiaia. La seconda osservazione avvenuta nella Clinica ostetrica di Torino si riferisce ad un caso in cui lo stesso Prof. *Tibone*, la cui abilità nel maneggiare il forcipe è veramente magistrale, non riuscì ad applicare la seconda branca, mentre il forcipe tedesco andò in sito facilmente. È vero che in quel caso trattavasi di bacino generalmente e regolarmente ristretto, è vero che l'occipite corrispondeva all'arco pelvico di destra col quale era direttamente e strettamente in contatto, ma è pur vero che nelle stesse condizioni il forcipe tedesco passò assai più facilmente.

Fig. 20.
Forcipe Tarnier - III. modello.

c) Ma non tardò a comparire il terzo modello (fig. 20), il quale ha una vera superiorità sopra i suoi fratelli maggiori. Esso non è altro che un forcipe ordinario di *Levret*, lungo 42 centimetri; allorquando esso è posto sopra un piano orizzontale il morso si solleva di 8 centimetri dal

piano. Le finestre sono un po' meno lunghe. La distanza dall'articolazione all'estremità delle cucchiaia è di 27 centimetri. Il morso ha la larghezza di 2 centimetri quando l'istrumento è articolato. Il seno, o punto di allontanamento maggiore è di 7 centimetri. Il manubrio mobile si articola con le aste per mezzo di un movimento di scorrimento semplice ed ingegnoso. L'asta, liberata dal manubrio, si fissa, per mezzo di un piccolo ritegno, al disotto della branca corrispondente, colla quale in questo modo fa corpo. Applicate le branche ed ottenuta l'articolazione con un parallelismo completo delle branche, si serra moderatamente la vite che deve assicurare la presa, si introducono le aste nella specie di viera che esiste nel manubrio, e di poi col movimento scorsoio si fissano. A questo punto l'istromento è preparato per le tirate. Le prime devono essere di prova onde assicurarsi se la presa è solida. Nel tirare bisogna sempre tener l'asta ad 1 ctm. circa di distanza dalle branche, per modo che quelle devono costantemente seguire queste, innalzando od abbassando il manubrio a seconda che si innalzano o si abbassano i manici. Quando la testa è in gran parte impegnata nell'anello vulvare allora si afferrano a piena mano le branche e le aste in modo da essere ben padroni dei movimenti del forcipe e perciò del capo onde non lasciarlo cacciare con troppa rapidità a detrimento dell'integrità del perineo.

I vantaggi che presenta questo forcipe sono incontestabili, anche senza andare fino all'entusiasmo come è avvenuto pel suo inventore e pei suoi allievi. Passiamo in rapido esame i vantaggi attribuiti al suo forcipe dal *Tarnier*, e vediamo quali possiamo accettare e quali dobbiamo rigettare od accettare con qualche riserva. Egli dice:

1.°) « Le trazioni non avranno più bisogno di essere energiche. » Questa asserzione si può accettare come vera. Il ragionamento teorico, l'esperimento, l'osservazione clinica sono lì per provarlo. « Infatti, egli continua, supponendo che la testa offra una resistenza di 17 chilogrammi agli sforzi d'estrazione che saranno fatti su di essa al disopra dello stretto superiore o a livello dell'orifizio vulvare, basterà di tirare sul nuovo forcipe con una forza di 17 chilogrammi, perchè tutta questa forza è impiegata a vincere la resistenza offerta dalla testa. Al contrario col forcipe ordinario, per ottenere lo stesso risultato, bisognerà tirare con una forza più considerevole, perchè questa si decomporrà, parte in forza utile, parte in forza nociva di cui l'effetto aumenta la

resistenza della testa. » Per cui il *Tarnier* in base ai suoi calcoli stabilisce, che occorrendo una forza di 17 chilogrammi applicata sulla testa nella direzione dell'asse, col forcipe ordinario bisognerà impiegare la forza di 20 chilogrammi, di cui 17 andranno per abbassare la testa e 10 si convertiranno in pressioni nocive sul pube ed in aumento di resistenza opposta dalla testa agli sforzi d'estrazione.

Anch'io ho voluto interrogare l'esperimento, ma la scarsezza dei feti, l'essere già da tempo conservati nell'acqua fenica non mi permisero di ritrarre dati sui quali si possano in alcun modo poggiare alcune conclusioni; ma accettando per esatti gli esperimenti che su questo argomento fece il *Cuzzi*, possiamo trarre alcune conclusioni, che mi paiono accettabili come verità. Con questi esperimenti sarebbe dimostrato che la forza traente che occorre col forcipe *Tarnier* per far superare un ostacolo pelvico noto, sta a quella che è necessaria con un forcipe ordinario *Simpson* per vincere lo stesso ostacolo, come 36 : 43. Il *Tarnier* stabilisce la proporzione di 17 : 20. Le quali proporzioni considerate come frazioni ci daranno pel *Cuzzi* $\frac{36}{43}$, del *Tarnier* $\frac{17}{20}$, le quali frazioni, ridotte allo stesso denominatore, risultano come segue: pel *Cuzzi* $\frac{720}{860}$, pel *Tarnier* $\frac{731}{860}$. La minima differenza in cose di questa natura va trascurata, la qual cosa dimostra come il ragionamento teorico concordi esattamente col reperto sperimentale. È però facile a comprendersi che queste reciproche proporzioni varieranno, ogni qualvolta per eccesso di inclinazione del piano dello stretto superiore, o per obliquità maggiore del forcipe, l'inclinazione della linea rappresentante la direzione delle tirate aumenterà sul piano dello stretto superiore. Ammettendo quindi media l'inclinazione studiata dal *Tarnier*, che sarebbe pure confermata dagli esperimenti del *Cuzzi*, sorge un altro corollario che col forcipe traente nell'asse si risparmia una quantità di forza equivalente ad $1/5$ di quella impiegata nelle stesse circostanze con un forcipe ordinario. Ripeto che questa cifra non è e non può essere assoluta, variando a seconda dell'angolo che la forza traente fa coll'asse dello stretto superiore. A questo riguardo trovo nella memoria dell'*A. R. Simpson* « On axis-traction forceps, Edimbourg, 1880 » una tavola che mi pare utile il ricordare appunto per mettere in rilievo la quantità di pressione nociva, che si ha sopra i tessuti materni con tirate che si al-

lontano sempre più dalla linea assile del bacino, ammettendo di trarre con una forza costante di 50 libbre, che si possono benissimo trasformare in altrettanti chilogrammi, la proporzione non soffrendone per nulla.

Angolo della linea traente coll'asse.	Forza utile in chilogrammi.	Pressione nociva.
0°	50,	0,
10°	49,24	8,68
20°	46,98	17,10
30°	43,30	25,—
40°	38,30	32,13
50°	32,13	38,30

Dalla quale tavola si vede chiaramente che più la forza traente è obliquamente diretta, maggiori sono le pressioni nocive e minore la forza utile, fino ad una incidenza di 45° oltre il qual angolo le cifre si fanno addirittura inverse, essendo la pressione sulle pareti superiore alla forza utile.

2° « Col nuovo forcipe tutta la forza impiegata trascina la testa nell'asse del bacino e non produce nessuna compressione sui tessuti materni. Al contrario col forcipe comune questi tessuti sono compressi durante l'operazione, perchè la trazione si converte in parte in forza nociva. » Questa proposizione in teoria è verissima, la tavola qui sopra riportata ne dà la prova; se non chè in pratica può avvenire qualche cosa di diverso. Le giudiziose considerazioni di *Cuzzi*, alle quali non si può a meno di attribuire un grande valore, dimostrano che l'assolutismo del *Tarnier* va alquanto mitigato. Egli vide molte volte nei suoi esperimenti il capo seguire un moto d'arco di cerchio con centro al pube. Questo fatto avviene certo per una eccentricità nella direzione della forza traente, che fa discendere la parte posteriore del capo prima dell'anteriore. Questo fatto deve avvenire in tutti quei casi in cui l'inclinazione pelvica è esagerata, e il manubrio non è sufficientemente lungo da raggiungere il prolungamento dell'asse dello stretto superiore. Non possiamo quindi ammettere l'assolutismo del *Tarnier*, ed ammettendo sempre a questo riguardo la grande superiorità del nuovo forcipe sull'ordinario, non perdiamo tuttavia di vista che in tutte le cose umane, nelle cliniche sopratutto, l'assoluto non esiste.

3.° « Il nuovo forcipe tirando nell'asse del bacino, la testa fetale non ha tendenza alcuna a sfuggire dalle cucchiaia, mentre

ciò si produce soventi col forcipe ordinario, perchè tirando in un modo obliquo per rispetto all' asse del bacino, la testa appoggiata al pube scivola tra le cucchiaia e sfugge all'indietro. » L'osservazione XX, riportata in fine di questo lavoro, dimostra come quest'asserzione non sia assolutamente vera. In questo caso il forcipe *Tarnier* lasciò per ben due volte di seguito la presa, e si fu costretti di venire all' applicazione del forcipe *Simpson* ordinario che terminò felicemente il parto. Sarà questa una sconfitta del forcipe traente nell'asse? Assolutamente no. Bisogna ricordare il tecnicismo dell'applicazione del forcipe *Tarnier* per trovare immediata e facile la spiegazione. Per ottenere l' innesto del manubrio colle aste, che, ricordiamolo, si trovano posteriormente alle cucchiaia, occorre sollevare alquanto i manici onde crearsi quello spazio sufficiente tra l' istrumento e la commettitura vulvare posteriore da ottenere l' innesto. Ora questo movimento di innalzamento dei manici si accompagna naturalmente con uno spostamento all'indietro delle cucchiaia, che compromette certamente l'esattezza dell'applicazione e la bontà della presa. Un'altra ragione sta forse nel grado di inclinazione della pelvi, che nel caso speciale può essere stato d'alquanto superiore alla normale, tale che con un istrumento a curvatura pelvica più sentita com'è il forcipe ordinario di *Simpson* che si usa nella Clinica Ostetrica di Torino, si potè ottenere quella presa che mancò con un istrumento a curvatura pelvica meno sentita. Ciò dimostra solo che non è ancora ben assodato il tecnicismo, e che in alcuni rari casi di inclinazioni forti dello stretto superiore occorrerebbe un forcipe con una curvatura pelvica più pronunziata e con maggiore curvatura perineale.

4.°) « Il manubrio del nuovo forcipe essendo trasversalmente diretto dà alle mani dell'operatore una presa assai più comoda e più solida che quella che risulta dalla applicazione delle mani sui manici del forcipe ordinario. Di più questo manubrio oscillando attorno all' estremità delle aste può nell' ultimo momento del parto essere diretto secondo l' asse dello strumento. La mano si trova adunque ravvicinata alle parti generative, e assai più comodamente posta che col forcipe di *Levret;* infine essa agisce nell'asse dell' orifizio vulvare, sia che si voglia rallentare la uscita della testa, come è utile di fare in alcuni casi. » Basta avere solo qualche volta sperimentato il nuovo forcipe per vedere come per questo rispetto abbia una vera e grande superiorità sul suo predecessore.

5.°) « Allorquando le cucchiaia del nuovo forcipe sono serrate

sulla testa fetale per mezzo della vite, la pressione non aumenta coll'energia delle tirate fatte sul manubrio trasversale dello strumento, mentre che le mani dell'operatore producono sui manici del forcipe ordinario o di *Moralés*, una pressione che, trasmessa alla testa, è tanto più forte quanto più le tirate sono energiche, e la testa così compressa trasversalmente, s'allunga dall'avanti all'indietro, ciò che aumenta le difficoltà del parto, allorquando il bacino è di già precisamente troppo stretto nel suo diametro antero-posteriore, come si osserva comunemente. » Riguardo alla compressione fatta dal forcipe sul capo fetale, mi duole di non poter essere completamente dello stesso parere dell'ostetrico parigino. È vero che col forcipe *Tarnier*, stretta la vite che trovasi sui manici fino a che sia assicurata la presa, il grado di compressione non cresce più. Come è pur vero d'altra parte che col forcipe ordinario non è possibile tirare senza serrare i manici, e la compressione fatta dal forcipe sul capo fetale cresce in ragione diretta dell'intensità della tirata, e precisamente al punto da poterlo considerare col *Delore* uguale alla metà circa della forza traente. Ma sta anche il fatto che la testa stretta continuamente e troppo, da una mano poco esercitata, fra le cucchiaia del forcipe nuovo non ha più tempo a *respirare*, come dicono i tedeschi, mentrechè col forcipe ordinario fra una trazione e l'altra essa non viene compressa affatto o solo in modo insignificante; d'altra parte noi sappiamo che avviene sul capo quello che succede per ogni altra parte del corpo, ch'esso cioè resiste ad una pressione anche forte, ma passeggera, mentre non sente senza danno una pressione meno forte ma continua. Dobbiamo però far notare in base ai fatti clinici riportati in fine di questo lavoro che, *stretta convenientemente la vite*, si deve riconoscere un vantaggio grande pel nuovo istromento rispetto alla salute del feto.

6.°) « I cucchiai del nuovo forcipe essendo corti e rilevandosi per una curva rapida (II modello, fig. 19) afferrano la testa fetale senza sorpassarla in basso. In queste condizioni l'estremità della testa viene a toccare per la prima il perineo, come avviene nel parto normale e si possono sempre dirigere le tirate nell'asse stesso del bacino senza tema di lacerare la commessura posteriore della vulva con le cucchiaia dello strumento. È quello che al contrario succede tanto col forcipe ordinario che con quello di *Hubert* e di *Moralés*, di cui le cucchiaia, smisuratamente lunghe, vengono a deprimere fortemente il perineo, allorquando il centro della testa è ancora a livello dello stretto superiore. Con questi

forcipi si è adunque esposti a lacerare il perineo se ci ostiniamo a tirare secondo l'asse del bacino; così si è obbligati a modificare prontamente le tirate, a portarle troppo in avanti, e per conseguenza dar loro una direzione viziosa. » Questa proposizione che si attagliava al secondo modello, pel quale fu infatti scritta, non si adatta più al III, e perciò non ne avrei dovuto parlare. Ma siccome la credo più importante di quello che generalmente è ritenuta, non posso tacere che per questa parte io stimo il secondo modello superiore al terzo. Infatti non mi pare poco importante che il capo venga a toccare il piano perineale prima delle branche del forcipe. In questo caso solo i movimenti dei manici del forcipe possono essere ritenuti come la conseguenza di analoghi movimenti del capo; mentre chè contrariamente, se il forcipe urta prima del capo sui piani perineali, i manici si innalzeranno prima che sia venuto veramente il bisogno di innalzare il manubrio e mutare la direzione alle tirate.

7.º) « Ai vantaggi di tirare secondo l'asse del bacino viene ad aggiungersi, nel nuovo forcipe, una disposizione, che lascia alla testa la libertà di seguire sempre la curva delle vie genitali. Grazie alla mobilità dell'articolazione delle aste sulle branche, la testa può ancora eseguire spontaneamente e facilmente il suo movimento di rotazione attorno all'asse del bacino; ma quando si vuol produrre artificialmente questa rotazione, bisogna aver cura di fare questo maneggio con le branche e colle aste riunite, imperocchè se si vuole far girare la testa solamente per mezzo delle aste si potrebbero lussare. » Nel forcipe *Tarnier*, per la presenza della vite, il capo del feto viene serrato moderatamente ma continuamente. Il rapporto che il forcipe contrae col capo fetale fin dai primi momenti dell'operazione, si conserva per tutta la durata dell'operazione stessa, ed esso segue così il capo nel suo movimento di rotazione. Da ciò ne deriva che il capo col moto di rotazione trascina sotto la sinfisi pubica quella branca che era caduta in prossimità dell'occipite, rimanendone così impedito il movimento di estensione, che solo si permette estraendo la branca. Non è che l'estrarre l'istrumento, o per lo meno la branca situata sotto la sinfisi pubica sia un male; anzi è un vantaggio, poichè si sa che, arrivate le cose a questo punto, si è tratti ad eccedere nella forza traente per terminare l'atto operativo, con detrimento del perineo, che non ancora convenientemente preparato si lacera ampiamente. Ma può succedere che colla sola branca posteriore

in sito fatta agire come una leva non si possa ottenere il movimento di estensione o che vi manchino le contrazioni. Allora, se si opera in una famiglia, si potrà credere dagli astanti non riuscito l'atto operativo, richiedendosi una nuova applicazione dello strumento, che nelle famiglie è sempre cosa spiacevole. Col forcipe ordinario questo inconveniente esiste, ma assai più di rado, imperocchè vedo che sopra 30 operazioni riportate in questo lavoro si è dovuto estrarre la branca anteriore per sette volte; e ciò perchè nel seno del forcipe ordinario il capo gode di maggiore libertà potendo esso, nell'intervallo delle doglie, rotare fra le branche dello strumento.

8.º) « Infine il nuovo forcipe è provvisto di un ago indicatore, che fa completamente difetto in tutti gli altri forcipi. » Questo vantaggio è pure reale, ma non assoluto. Nel discutere il primo e il sesto dei vantaggi del forcipe *Tarnier* abbiamo dimostrato come e quando l'indice può essere fallace.

Qui termina l'enumerazione dei vantaggi attribuiti al suo forcipe dal *Tarnier*, e che noi abbiamo solo in parte ammessi. Nè per rimanere nel vero posso riconoscere in esso tutti gli inconvenienti ascrittigli dal *Pajot* il cui giudizio è certamente troppo severo. Ma non posso passare sotto silenzio due altri difetti che gli sono riconosciuti ormai da tutti. L'uno si è che mentre il capo opera il moto di rotazione, rota pure il forcipe con esso unitamente al manubrio. Per la qual cosa supponendo di avere la curvatura pelvica rivolta di lato o quasi, noi avremo pure la curvatura perineale dell'apparecchio traente rivolta di lato o quasi. Il centro del manubrio sarà sempre nell'asse delle cucchiaia, ma non sarà più nell'asse pelvico. A questo inconveniente il *Tarnier* cercò di rimediare, aggiungendo al manubrio una nuova articolazione a livello dell'angolo del manubrio stesso, la quale permette al forcipe ogni movimento di rotazione, senza che il centro del manubrio abbandoni l'asse pelvico un solo istante. Questa modificazione, oltrechè non corregge ancora il difetto notato, venne proposta dallo stesso *Tarnier* al Congresso di Londra, ma non venne ancora attuata, ch'io mi sappia, e tutti gli esemplari da me visti figurati in questi ultimi tempi sono come quello da me descritto, conservando perciò questo difetto, che non mi sarà di certo negato.

L'altro svantaggio è meno grave e consiste in ciò, che volendo conservare sempre il centro del manubrio nel prolungamento

dell'asse pelvico, non sono più permessi i movimenti di lateralità, che, entro certi limiti, ed osservando determinate regole, riposano tanto l'operatore senza essere di danno nè alla madre nè al feto. A questo inconveniente il *Tarnier*, ch' io mi sappia, non ha ancora provveduto.

Sono pure inconvenienti di minor conto le sue dimensioni troppo grandi, il peso suo piuttosto forte ed il prezzo notevolmente elevato, che lo rende perciò istrumento meno pratico di altri congeneri, sotto questo aspetto più convenienti.

Potrà forse parere troppo severo il giudizio da me espresso riguardo a questo strumento; ma esso è quale sinceramente mi si venne formando in seguito ad un diligente e spassionato studio fatto sulla partoriente per circa quattro anni. Se però si considera che io gli riconosco le sue fondamentali proprietà, veri vantaggi, negando la mia approvazione a farne un istrumento perfetto, come lo voleva il suo creatore, si riconoscerà che il mio è almeno un tentativo per allontanare dalla questione quella specie di entusiasmo, suscitato specialmente nella sua patria, che nelle cose scientifiche non è compatibile con un giudizio vero e coscienzioso. Come pure mi sono studiato di non cadere nella eccessiva severità del *Pajot;* eccesso che è forse più dannoso in tempi in cui tutto deve essere vagliato e passato al crogiuolo dell' esperienza.

Cercherò di riassumere il mio dire sui forcipi *Tarnier,* considerando in modo speciale il III modello per moltissimi rispetti superiore di gran lunga agli altri prima pubblicati. E dividerò quelli che secondo me costituiscono dei veri vantaggi da quelli che non me lo paiono.

Tra i veri vantaggi abbiamo i seguenti:

1) Quantunque non si possa sempre dire istrumento traente nell' asse, tuttavia tirando con esso o nell' asse, o molto prossimamente ad esso, nessuna od una minima parte di forza traente va perduta.

2) In media si economizza il quinto della forza che si impiegherebbe con un forcipe ordinario, potendo anche in condizioni speciali aversi un risparmio maggiore.

3) Si ha una maggiore comodità nel fare le tirate.

4) Il capo conserva tutta la sua libertà nel moto di rotazione.

5) I manici costituiscono un buon indicatore della direzione, ma non devesi credere questo in modo assoluto: per questo rispetto il II modello è superiore al III.

Non sono progressi:

1) la presa non del tutto assicurata;

2) la compressione fatta sul capo che invece di essere intensa e di breve durata è moderata ma continua, e non sufficientemente fissata da alcuna norma esatta. Qualcuno potrebbe obiettarmi che la compressione sul capo può togliersi col rilasciare la vite nell'intervallo delle doglie; ma si deve notare che nello stringere la vite è necessario un senso tattile e muscolare esercitato ed attento sempre, onde riconoscere esattamente il grado di compressione compatibile con la vita del feto e con la bontà della presa. È quindi facile a comprendersi che in queste vicende di strettura e di rilasciamento della vite, oltre ad essere una non indifferente perdita di tempo, non è possibile ad ogni volta sciegliere il giusto mezzo necessario, ed allora succederanno delle due cose l'una: o l'istrumento lascerà la presa, od offenderà la salute del feto. Quasi tutti i nostri casi parlano in favore del forcipe traente nell'asse, ma dobbiamo confessare che nello stringere la vite, ci lasciammo guidare interamente dal senso tattile, che certo non può sempre servirci in modo scientificamente esatto.

Sono inconvenienti:

1) Il moto di estensione soventi impedito;

2) I moti di lateralità pure impediti;

3) Nel moto di rotazione il forcipe perde la proprietà di trarre nell'asse pelvico;

4) È istrumento, secondo me, grosso, lungo, pesante più del bisogno, e bastantemente costoso.

Ciò nullameno il forcipe *Tarnier* costituisce un vero progresso e segnerà un'orma indelebile nella storia di questo istrumento tanto salutare, la quale scriverà la data della curva perineale sopra un apparecchio speciale per le tirate accanto a quella della curva pelvica. Appunto perciò non mi posso acconciare a quanto ne dice il *Charpentier* nel suo recente trattato d'ostetricia colle seguenti parole: « Ainsi modifié, l'instrument de *Tarnier* est devenu un excellent forceps, car aux progrès réalisés par l'ancien forceps, il ajoute, selon nous, deux avantages réels, *dans l'excavation tout ou moins.* L'aiguille indicatrice, en montrant le sens dans lequel doivent être dirigées les tractions, rend un véritable service, et les tractions exercées avec le nouveau forceps, exigent incontestablement de la part de l'accoucheur un deploiement de force moins considérable qu'avec le forceps classique. *Il n'en est*

plus de même au detroit supérieur, car la courbure périnéale n'existant plus dans le dernier modèl, les difficultés de reporter le forceps suffisamment en arrière existent avec le forceps *Tarnier* comme avec le forceps classique, et la force à déployer reste identiquement la même dans les deux cas. »

Il forcipe *Tarnier* realizza invece i maggiori vantaggi allo stretto superiore; là deve essere il suo regno; sono perciò assolutamente in disaccordo coll'egregio ostetrico parigino, il quale d'altronde accetta come un progresso il forcipe del suo eminente concittadino. Appena che si conobbero i vantaggi del forcipe *Tarnier,* vediamo subito gli ostetrici prenderlo in considerazione e molti adottarlo, tranne in Germania ove esiste pur sempre una certa avversione a tutto che appartiene alla nazione rivale. Infatti in un mio recente viaggio attraverso all'Austria ed alla Germania io non ho incontrato una sola clinica, di quelle da me visitate, che possedesse un solo degli esemplari *Tarnier;* e laddove l'hanno messo alla prova si fu per condannarlo. In Inghilterra invece il *Simpson,* il quale adottò completamente le idee del *Tarnier,* nella sua memoria già tante volte ricordata, si fa anche lui propugnatore delle nuove idee nella patria del Darwin e Newton, e contribuisce potentemente coll'autorità del suo nome a far conoscere in patria le idee del *Tarnier.*

2. Forcipe Simpson traente nell'asse.

Il Professore *Tibone* possedeva una volta questo forcipe (fig. 21) che gli venne direttamente dall'inventore stesso *Alexander Russel Simpson,* nipote del celebre sir *James Simpson,* che diede il forcipe più in uso in Inghilterra. Esso non è altro che il forcipe *Simpson* ordinario a cui si sono tolti gli uncini e le intaccature laterali dei manici, e qualche centimetro di lunghezza. Si aggiunse una vite di compressione in vicinanza dell'articolazione, che è sempre quella a ginglimo dello *Smellie.* Questa vite è fissa sulla branca destra e si avvita perciò colla mano sinistra. Inoltre vi si è aggiunto l'apparecchio traente, costituito da due aste metalliche, fissate in due aperture scolpite nella parte inferiore delle gemelle posteriori, precisamente in quel punto in cui la gemella posteriore viene intersecata dall'asse longitudinale delle cucchiaia.

Questo forcipe ha qualche particolarità, e contrariamente a quello che ne dice il *Poullet*, che lo considera non dissimile da quello di *Tarnier*, presenta, secondo me, differenze degne di nota. Anzitutto è assai più breve, non misurando che soli 21 ctm. dal morso all'articolazione e ctm. 14 da questa all'estremità dei manici. Posto sopra un piano orizzontale le estremità delle cucchiaia si elevano di 7 ctm. al disopra di questo: la vite di compressione è assai più vicina all'articolazione che non nel forcipe *Tarnier*. I manici sono completamente sprovvisti di uncini. Nè le differenze sono tutte qui: l'apparecchio traente è nell'insieme come quello del *Tarnier;* ma nelle parti se ne differenzia alquanto. Il centro del manubrio è, come nel forcipe francese, nel prolungamento in basso dell'asse delle cucchiaia, ma le aste hanno una disposizione differente. Anzitutto alla branca sinistra sta unita l'asta che descrive una curva all'indietro, alla quale è pure indissolubilmente unito il manubrio; per modo chè la branca sinistra, l'asta sinistra ed il manubrio fanno corpo assieme, e non possono disgiungersi l'una dall'altra. La branca destra porta soltanto l'asta destra, che come quella della branca sinistra descrive una curva all'indietro, per andarsi ad articolare essa pure col manubrio. I movimenti che gode il forcipe per rispetto all'apparecchio traente sono gli stessi del forcipe francese.

Fig. 21.
Forcipe di A. R. Simpson.

Questo forcipe ha inconvenienti e vantaggi. Esso è più leggero, più portabile, e meno costoso di quello di *Tarnier*, ma, come viene usato in Inghilterra, un po' corto per lo stretto superiore e l'articolazione si fa tutt'affatto nei genitali, costituendo se non una difficoltà, certo un imbarazzo.

Ma quello che costituisce il principale inconveniente di questo forcipe è l'avere le aste curve e troppo lunghe. Basta aver visto soltanto una volta l'applicazione di questo forcipe per persuadersi subito degli inconvenienti che ha questa particolare disposizione. Infatti le aste del forcipe *Tarnier* non danno nell'applica-

zione noia di sorta, perchè corte e rette come sono si adattano bene e si fissano al disotto delle branche di presa. Ma così non è pel forcipe *Simpson*. Quando è applicata la prima branca, che non incontra per solito difficoltà, l'asta che vi è annessa pende all'indietro insieme col manubrio che vi sta unito. Fin qui le cose procedono con regolarità. Applicata la seconda, sorgono le difficoltà che senza un artifizio, che ho visto messo in opera dal *Tibone*, non è possibile superare. Ecco in che consiste la difficoltà. Le branche del forcipe sono in sito, le due aste pencolano tutte e due all'indietro, ma la prima, la sinistra, è situata al di dietro di tutte e due le branche, mentre la destra è situata al di dietro della branca destra ed al dinnanzi della sinistra; di più la parte inferiore, curva e rivolta all'indietro si viene a porre tra i manici, impedendo così l'articolazione. Sarebbe perciò necessario di poter prendere l'asta unita alla branca destra, sollevarla, farla passare al dinnanzi del manico sinistro per portarla poi al di dietro dell'istrumento. Se non chè a tutto questo movimento si oppone la branca ischio-pubica contro la quale l'asta urta prima di potersi portare nella situazione dovuta.

È per evitare questo inconveniente che, come dissi, il Prof. *Tibone* con quell'abilità che contraddistingue l'ostetrico torinese, mise in pratica un artifizio, che mi proverò di descrivere, ma che non è certo da consigliare a chi fosse meno di lui provetto nel maneggio della tenaglia ostetrica. Dopo aver portata in sito la branca sinistra colle regole solite introduceva la branca destra portandola dapprima a livello della sinfisi sacro-iliaca, indi sui lati del bacino e mentre la branca progrediva in alto, egli continuava la corsa in avanti, e portava la branca destra, con un moto di spirale, al dietro del cotilo di destra, nella maggiore vicinanza possibile della sinfisi pubica. A questo punto la curvatura pelvica era rivolta quasi direttamente a sinistra, ed il movimento dell'asta invece di farsi dall'alto al basso si faceva da sinistra a destra. In questo modo era facile allontanarla alquanto dalla branca, e mentre un assistente la manteneva così allontanata, l'operatore riconduceva la branca sui lati del catino ed otteneva di poi facilmente e l'articolazione e l'innesto.

Questa difficoltà nell'applicazione della seconda branca, che, non esito a dirlo, sarebbe stata pressochè insormontabile da chi si fosse trovato alle prime sue prove col forcipe, e l'inconveniente di dover fare l'articolazione addirittura nelle parti generative

compensavano ad usura i difetti di quello del *Tarnier*, il quale certamente nel confronto coll'istromento di Edimburgo riesce senza difficoltà vincitore.

Senonchè il forcipe *Simpson* aveva pregi non leggeri, ed una volta superate le difficoltà dell'applicazione e dell'articolazione, la piccolezza delle sue dimensioni, la sua brevità, la sua leggerezza lo rendea per compenso preferibile al forcipe parigino.

Si fu appunto nell'intento di raccogliere in uno stesso istrumento i pregi dell'uno e dell'altro, togliendo per quanto era possibile all'uno e all'altro i proprii inconvenienti, che io venni nel pensiero di far costrurre qui in Torino sotto la mia direzione un forcipe cui per avere conservato i principali caratteri di quello dell'ostetrico inglese, ne conservai il nome.

3. Forcipe Simpson traente nell'asse modificato dall'autore.

Le modificazioni da me introdotte nell'istrumento testè descritto sono piccole, ma esse ne hanno reso assai più facile e pronta l'applicazione, meno penosa l'articolazione e semplicissimo l'innesto (fig. 22). Tolsi l'inconveniente dell'articolazione nelle parti generative allungando alquanto la distanza dal morso alla parte articolare.

Trasportai la vite dalla branca destra alla sinistra onde venirla ad avvitare sulla destra, e quindi colla mano destra. Questo per quello che si riferisce alle branche.

Abbreviai le aste che sono unite alle branche, ed allungai invece d'altrettanto il manubrio, sul quale trasportai la curva che era prima sulle aste traenti, le quali riuscirono così *rettilinee e molto più brevi.* Queste ultime hanno alla loro estremità due ritegni destinati all'innesto del manubrio.

Resi il manubrio affatto indipendente dal forcipe, colle aste del quale si innesta molto facilmente per mezzo di due fenditure, che accolgono i due uncinetti, che si vedono all'estremità libera delle aste.

Così modificato esso è venuto ad acquistare le seguenti dimensioni: lunghezza totale 36 ctm.; dal morso all'articolazione centimetri 22 ½; seno dello strumento 9 ctm.; morso 3 ctm.; elevazione delle cucchiaia sul piano orizzontale ctm. 7.

Per applicare questo forcipe non occorre alcuna avvertenza per

la branca sinistra diversa da quelle che si insegnano per l'applicazione di un forcipe ordinario. Solo per la branca destra è necessaria una regola, d'altronde semplicissima. Questa consiste nel sollevare l'asta verso il margine anteriore della branca, contro la faccia esterna della quale resta appoggiata per l' elasticità stessa dell'acciaio di cui essa è formata. L' elevazione non deve essere maggiore di 1 ctm., essendo ciò sufficiente per ottenere l'articolazione e per serrare la vite. Ciò fatto si abbassa di nuovo l'asta, che scivola lungo la faccia esterna della branca di destra, e si porta immediatamente al disotto del forcipe. L'innesto non presenta difficoltà.

Fig. 22.
Forcipe di Simpson modificato dall'autore.

Queste leggere modificazioni resero l'istromento assai più pratico, e tale da poterlo dare nelle mani di un principiante, che non troverà con esso maggiori difficoltà che coll'ordinario. La prova di ciò si ha: 1.° dal fatto che il maggior numero delle applicazioni del forcipe traente nell'asse fatte nella clinica appartengono ad esso, e tutte con esito soddisfacente; 2.° da ciò che il Prof. *Tibone* stesso fece modificare il suo proveniente da Edimburgo in questo senso.

La sua leggerezza e la sua brevità lo rendono facilmente maneggevole e tascabile, il prezzo suo mite (la metà di quello di *Tarnier*) lo rende adatto ad ogni borsa. La Scuola di Torino che aveva di già dato la preferenza al forcipe *Simpson* ordinario, ha adottato, fino alla comparsa di un modello migliore, che io mi auguro prossimo, il forcipe inglese traente nell'asse in tal modo modificato. Le sue giuste proporzioni, la facilità dell'articolazione e dell'innesto, la bontà dell' acciaio ci diedero sempre una applicazione facile ed una presa solidissima, quantunque alcune volte le trazioni su di esso siano state validissime.

Un inconveniente, che ho notato alla prima sua applicazione e che mi obbligò ad estrarre la seconda branca per riapplicarla

un'altra volta, nasce dalla scarsezza di punti d'appoggio sui manici per ottenere il parallelismo, allorquando questo per avventura manchi, e non si possa facilmente ottenere. Ho detto che questo inconveniente l'ho notato una sola volta ed alla prima applicazione. Edotto dall'esperienza, nelle applicazioni successive ho sempre curato di portare la branca destra, per quanto mi è possibile, parallela alla sinistra prima di estrarre la mano che serve di guida. Con questa sola avvertenza, non mi occorse mai più di incontrare difficoltà nell'articolazione, tanto meno di dover estrarre la branca per introdurla una seconda volta.

Per altra parte sarebbe facile aggiungere ai manici due uncini come si veggono nel forcipe *Tarnier*, se non che ciò può avere i suoi inconvenienti, e insieme alla lunghezza dei manici può renderci ragione della presa meno solida del forcipe francese in confronto di quello che si ottiene col forcipe inglese. Di fatti se l'articolazione è difficile per mancanza di parallelismo delle branche è sempre perchè esse non sono situate agli estremi di uno stesso diametro pelvico; ed allora abbracciano solo un segmento del capo fetale (solitamente il segmento posteriore). Con una presa solida sui manici per mezzo degli uncini, che agiscono da leva, si ottiene l'articolazione, non già portando l'istrumento agli estremi di un diametro pelvico, ma rimanendo in un piano eccentrico del bacino. La conseguenza di questa eccentricità sarà di afferrare il capo fetale su due punti non diametralmente opposti; in altre parole avremo cioè afferrato solo un segmento del capo, più frequentemente il posteriore, ed alle prime tirate il forcipe lascerà la presa. Tale stato di cose viene poi ancora aggravato dalla necessità di portare in avanti, foss'anche per poco, i manici onde innestare il manubrio. Questo movimento porta all'indietro le cucchiaia e favorisce la presa incompleta. Non è quindi meglio che in tale circostanza la difficoltà di articolare il forcipe ci metta nella necessità di applicare più esattamente le branche? L'esperimento clinico più delle dissertazioni teoretiche dovrà rispondere a questa domanda.

Ma tutti questi forcipi agiscono sufficientemente bene come istrumenti traenti nell'asse finchè la curvatura pelvica è rivolta in avanti, ma compiuto il moto di rotazione la curva perineale si trova rivolta più o meno di lato. In questo nuovo rapporto l'apparecchio traente non soddisfa più al suo scopo perchè il centro del manubrio non si trova più nel prolungamento dell'asse

del piano pelvico in cui agisce il forcipe. A ciò aveva già pensato il *Tarnier*, senza però, ch'io mi sappia, provvedere in modo concreto; a ciò ha cercato di rimediare il *Poullet* di Lione col suo

4. Sistema di un manubrio rigido con attacchi flessibili per tirare il forcipe secondo l'asse del bacino.

Dopo aver detto che il forcipe *Tarnier* « tire très bien dans l'axe lors qu'on fait des applications directes; ma il s'eloigne d'une manière très-notable lorqu'on l'applique obliquement » il *Poullet* fa notare: 1º che le aste essendo inserite a 5 ctm. al disotto del centro di figura, la rotazione attorno all'asse trasversale delle cucchiaia è imperfetta; 2.º che per essere inserita la forza traente sul forcipe per mezzo di aste rigide sovra due punti trasversalmente distanti 8 ctm. circa, era assolutamente impedito ogni movimento di rotazione nel senso del diametro antero-posteriore (movimenti di lateralità); 3.º che solo si compiono in modo soddisfacente i movimenti attorno all'asse verticale e conclude che « En un mot, le forceps *Tarnier* donne très bien a la tête la liberté autour de l'axe vertical, il donne seulement assez bien la liberté autour de l'axe transversal, ma il la lui refus entierment quant à l'axe antero-posterieur. »

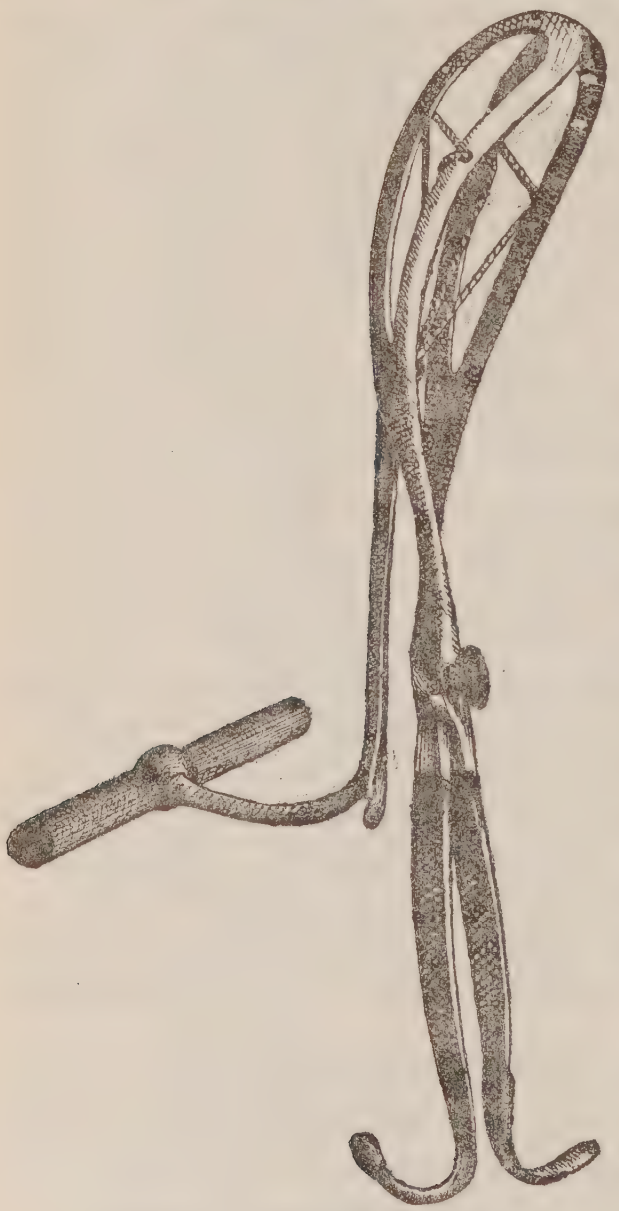


Fig. 23. — Forcipe di Poullet.

Per ovviare a questi inconvenienti egli diede fuori il seguente forcipe di cui io traduco la descrizione dalla stessa

memoria del *Poullet*, più volte citata (fig. 23). « Questo sistema (di fare le tirate) si adatta ad ogni forcipe avente degli orifizii praticati a livello del centro di figura (1). Prima di porci a tirare col forcipe sarà necessario di avvicinare i manici tra di loro, a meno ch'essi non siano muniti d'una vite di ritegno, come quella del forcipe *Tarnier*, o d'una catena avente lo stesso scopo: non si deve fare una compressione, ma fissare i manici a contatto della testa. Si fa passare un nastro nei fori di ciascuna branca, poi si fa l'applicazione del forcipe come d'ordinario. Introdotto il forcipe, si annodano questi nastri in modo da fare un'ansa che venga a terminarsi sotto il forcipe a 2 o 3 ctm. più basso che il perno dell'articolazione, avendo cura che il nodo non sia alla parte inferiore di quest' ansa.

« Il manubrio è una forte asta d'acciaio retta per la lunghezza di 15 ctm.; poi piegata ad angolo retto e continuantesi con una parte arcuata lunga 10 ctm. all'incirca; essa porta alla sua estremità un bastoncino mobile come quello che serve per tirare il forcipe *Tarnier*. Quest'asta piegata presenta due disposizioni che costituiscono da esse sole tutto il meccanismo di questo istrumento, se si può chiamare istrumento un apparecchio così semplice.

« 1) L' estremità libera dell'asta, che entra in vagina è terminata da una grossa oliva, forata longitudinalmente da un largo orifizio simile a quello dei serranodi a corde; l' ansa dei nastri sarà passata in questo foro.

« 2) L'angolo dell' asta presenta un piccolo prolungamento all'indietro per ritenere l'ansa dei nastri che si dovrà mettere semplicemente a cavallo nella depressione riservata sotto questo dente; questa depressione serve di puleggia di rimando all' ansa dei nastri.

« L'ansa dei nastri è passata nel foro che trovasi all'estremità dell'asta, si spinge quest' asta nella vagina fino a ch' essa arrivi all'incirca ad 1 o 2 ctm. dalla testa fetale, si mette l' ansa dei nastri a cavallo sulla parte piegata dell' asta, e si tira colle mani applicate sul manubrio, oppure vi si attacca un trattore meccanico. È facile il comprendere che i nastri andando a cia-

(1) « Si deve porre questo foro a 5 o 6 ctm. dall'estremità delle cucchiaia; ciò pare un po' alto, ma bisogna pensare allo scivolamento del forcipe prima di arrivare a tirare efficacemente. »

scun cucchiaio saranno sempre egualmente tesi e che se un cucchiaio discende per l'inclinazione del forcipe, il nastro che lo tira striscerà sulla parte piegata dell' asta che serve di punto di rimando. »

È facile comprendere come con questo sistema si ha un'assoluta e completa libertà del forcipe, rispetto all'apparecchio traente, che può conservare sempre i dovuti rapporti col bacino, mentre il forcipe compie ogni sorta di movimento.

Fig. 24.
Forcipe di Breus.

Non ho esperienza alcuna sovra questo forcipe, a cui si possono a priori riconoscere due inconvenienti. Il primo è quello di richiedere ad ogni volta il cambio dei cordoncini; il secondo risulta dalla difficoltà che si trova sulla vivente, a trovare la giusta altezza a cui spingere l'asta, richiedendosi che il centro di figura, l'oliva terminale dell' asta e il centro del manubrio siano sempre sulla stessa linea rappresentante l'asse pelvico. Ma se la pratica corrispondesse al concetto teorico è senza dubbio il più perfetto forcipe che si conosca, considerato come strumento traente nell'asse. Con esso infatti si possono ottenere i movimenti di rotazione attorno all' asse verticale, trasversale, antero-posteriore del capo, il manubrio conservando sempre gli stessi rapporti col bacino.

5. Forcipe Breus.

Questo forcipe (fig. 24) che venne già da me disegnato in un mio lavoro precedente (1), non è altro che un forcipe *Simpson* ordinario colle cucchiaia articolate là dove il *Simpson* aveva inserito le aste di trazione. Con questa articolazione a *cerniera* le cucchiaia possono liberamente e facilmente spostarsi all' indietro allorquando il capo da esse afferrato venga ad urtare contro un punto qualunque dell'arco pelvico anteriore. Quantunque questo forcipe sia di applicazione più semplice che quello traente nell' asse, e presenti qualche vantaggio, esso non

(1) Inverardi. *Note di viaggio,* Milano 1883.

può in alcun modo tirare secondo l' asse dello stretto superiore. Supponiamo infatti di averlo applicato sul capo trattenuto all'ingresso pelvico alle prime tirate scomparirà la curva pelvica venendo a porsi sulla stessa linea retta il centro di figura delle cucchiaia, la *cerniera*, e il punto afferrato dei manici. Si avvicinerà quindi questa tirata a quella che si fa con un forcipe retto o, come ben dice il *Poullet, si tirerà tanto all'indietro, quanto si può tirare coi nastri lionesi.*

6. Forcipe Wedder.

Della stessa natura è il forcipe *Wedder* (fig. 25), la cui figura e la rassomiglianza nell'azione sua col forcipe *Breus*, mi dispensano dal farne la descrizione e la critica.

Fig. 25.
Forcipe Wedder.

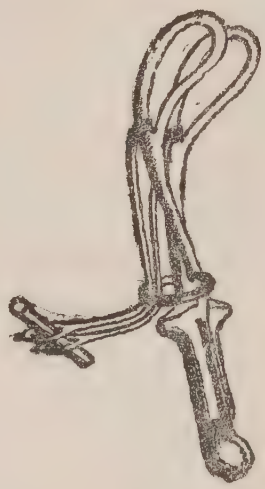


Fig. 26.
Forcipe Sänger.

7. Forcipe Sänger.

Due corregge si attaccano alle gemelle posteriori laddove il *Tarnier* ha applicato le aste. Un anello di cautciù è posto al disopra dell' articolazione delle branche. Le corregge passano in questo anello, e terminano anteriormente in due aperture nelle quali è introdotta un' asta trasversale (manubrio) (fig. 26). Se le corregge di cui è fornito questo forcipe potessero conservare la

curva perineale, come sono disegnate nella figura, sarebbe certo una grande semplificazione, ma così non essendo, questo forcipe agisce nello stesso modo a cui agiscono i forcipi che portano i nastri alle finestre, sui quali si tira.

8. Forcipe Belluzzi.

In ultimo, per finire, non ho più da citare che il forcipe-cefalotribo del Prof. *Belluzzi* (fig. 27), il quale pensò di riunire sullo stesso istrumento il forcipe e il cefalotribo. Basta gettare uno sguardo sulla figura 27 per intendere in qual modo esso agisce come forcipe traente nell'asse. Esso viene a presentare nella parte che costituisce i manici del forcipe, che alla loro volta sono le cucchiaia del cefalotribo, una curva che rappresenta nel primo caso la curva perineale del forcipe, e nel secondo caso la curva pelvica del cefalotribo. Costituisce adunque un forcipe a curva perineale, che si può paragonare a quelli descritti più sopra dall'*Hubert*, dal *Moralès*, ecc.; ma non può certo competere coi forcipi traenti nell'asse e muniti di un apparecchio speciale per le tirate.

Fig. 27.
Forcipe-cefalotribo di Belluzzi.

Ho così finito, per quanto io conosco, la rapida rivista delle modificazioni, che vennero più o meno vantaggiosamente proposte e portate al forcipe per renderlo strumento traente nell'asse.

Veniamo ora a fare qualche considerazione generale e sintetica sopra l'uso del forcipe traente nell'asse.

Come lo dice lo stesso suo titolo, la cosa più necessaria ad aversi per fare una razionale applicazione ed una regolare estrazione col forcipe traente nell'asse, si è la conoscenza dell'asse stesso secondo il quale dobbiamo tirare. Ma questa cognizione

tanto più è importante quanto più è difficile ad aversi sulla vivente. Noi possiamo seguire diversi metodi, i quali sono però tutti fallaci: soventi quello che in un caso ci ha dato risultati soddisfacenti, ci fallisce completamente in un altro caso.

Non vale il seguire la media data dal Naegele, come non varrebbe neppure seguirne un'altra qualunque ricavata nel modo il più coscienzioso. L'inclinazione varia da persona a persona e come già dicemmo nella stessa persona.

Noi sappiamo che alcune malattie dello scheletro aumentano, altre diminuiscono l'inclinazione dello stretto superiore, fra le prime la più frequente è la rachitide, fra le seconde l'osteomalacia; ma il sapere le malattie che alterano in un modo o nell'altro l'inclinazione dello stretto addominale non ce ne dà ancora la misura del grado, la quale ci importa sapere.

I metodi pratici che abbiamo per conoscere l'inclinazione del bacino sono ben lontani dal soddisfare alle esigenze nostre; ma appunto perchè essi non richieggono istrumenti, sono facili a mettersi in pratica, e non valgono meno degli altri, sono pure quelli che nei casi pratici ci daranno qualche nozione, per lo meno approssimativa e che ci potrà tornare utile. È l'*Ahlfeld* (1) che propone questi metodi, di cui io mi limito a descriverne due. Il primo consiste nel far passare una mano sotto la regione sacrolombare, la donna essendo in posizione supina. Se la mano può passare stretta a pugno sta per un'inclinazione esagerata del bacino. Il secondo consiste nel porre i pollici sulle branche orizzontali del pube, gli indici sulle spine iliache antero-superiori. Queste quattro dita, che rappresentano una linea spezzata, limitano nel loro seno un piano, il quale, in donna supina e con pelvi normale, è orizzontale. È facile comprendere che le variazioni di questo piano sono in diretto rapporto colle variazioni dell'inclinazione pelvica. È inutile aggiungere che la donna deve essere adagiata sopra un letto duro e perfettamente orizzontale, con un piccolo cuscino soltanto sotto il capo.

Il Prof. *Tibone* inventò a quest'uopo un istrumento (pelvigoniometro) destinato appunto a conoscere contemporaneamente la grandezza della coniugata esterna e l'inclinazione dello strettosuperiore. Esso consiste in un'asta trasversale, ad un'estremità della quale sta fissata ad angolo retto un'asta curva terminata da un bottone.

---

(1) Ahlfeld. Sulla tecnica dell'esame delle gravide. Raccolta Volkmann.

Questo è destinato a porsi sul margine superiore della sinfisi pubica. Sulla stessa asta rettilinea, che porta una scala millimetrica, scorre una seconda asta curva in senso contrario della prima terminata essa pure in un bottone, in modo che ravvicinando le due aste curve i bottoni si toccano. Questo secondo bottone è destinato ad applicarsi sull'apofisi spinosa dell' ultima vertebra lombare. Ad un' estremità dell'arto trasversale è inserito un quadrante graduato, su cui cade un piombino, il quale dà così l'inclinazione dell'asta sulla linea verticale, e induttivamente sull' orizzontale. Inoltre l'asta essendo graduata può leggersi la distanza fra i due bottoni, che non è altro che la C. E.

Il *Cuzzi* immaginò un altro pelvigoniometro, foggiato alla guisa del pelvimetro di *Coutouly*, ad un estremo del quale, l' esterno, sta unito un livello a bolla d'aria girevole sopra un quadrante. Applicato un bottone sul promontorio sacro-vertebrale e l'altro sul bordo superiore della sinfisi pubica, posto il livello a bolla d'aria in posizione orizzontale, si legge sul quadrante l'inclinazione dello stretto superiore sull'orizzonte.

Io, al livello a bolla d'aria, che per la sua grande instabilità è di applicazione difficile nella pratica, sostituii un quadrante graduato con un filo a piombo. Il costante rapporto che esiste fra verticale ed orizzontale mi dà facilmente ed esattamente l' inclinazione dello stretto superiore sull' orizzonte. Feci con questo istrumento qualche tentativo, ma per la grande difficoltà che incontrai nell'adattarlo sulla vivente ne smisi l'uso.

Dobbiamo perciò constatare con rincrescimento che al giorno d'oggi noi non possediamo nè istrumenti nè metodi per conoscere in modo sicuro l' inclinazione dello ingresso pelvico e perciò non potremo tirare che solo approssimativamente nell' asse.

Ad onta di ciò ci avviciniamo all' ideale di tirare nell' asse molto più col forcipe nuovo che col vecchio. Con esso si fa un risparmio almeno di $^1/_5$ sulla forza, che occorrerebbe col forcipe ordinario, la quale si distribuisce equabilmente sopra tutto il contorno pelvico, senza pressioni nocive sopra l' arco pelvico anteriore; si lascia al capo tutta la sua mobilità attorno all'asse verticale, senza impedirla nel senso dell' asse trasversale; si praticano le tirate con molta maggiore comodità e perciò in più giusta misura che col forcipe ordinario.

Per tutte queste ragioni il forcipe, dovendo essere ubbidientissimo a tutti i movimenti che il capo compie nello scavo, e che

gli comunica, riescirà meglio quel forcipe che ad eguale resistenza riunirà maggiore leggerezza e maggiore indipendenza di movimenti dall' apparecchio traente, che deve sempre essere in rapporto coll' asse pelvico, indipendentemente da qualunque movimento che possa compiere il forcipe.

Si può perciò, senza tema di errare, asserire che in attesa di sempre maggiori perfezionamenti, un apparecchio per tirare sul forcipe che lasci libero questo, e quindi il capo di muoversi nello scavo e che permetta di tirare secondo una linea molto vicina all'asse pelvico, ha segnato un progresso notevole nella tecnica di questo istrumento, già tanto utile, e costituirà per la sua storia una delle più brillanti date.

III.

PARTE CLINICA

Osservazione I.

(Operatore Prof. Tibone).

Anno scolastico 1878-79 — Sezione III (allieve levatrici). — Numero annuale del parto 107. Professione serva. IIpara, d'anni 33, statura 1.45. Rachitica. 1º parto terminato col forcipe. Si raggiunge a stento il promontorio sacro-vertebrale. 1º periodo ore 3, 2º periodo ore 5,30. Pres. V. Pos. O. I. S. P. *Applicazione allo stretto superiore del forcipe Tarnier* (2º modello) che riesce alquanto incomoda. — Si estrae con facilità una femmina sana del peso di grammi 3460, lungh. 50 ctm. Diametro OM.; 140, OF.; 120, BP. an. 100, BP. ost. 95, B. Mast. 85, B. Mal. 68. Puerperio normale.

Osservazione II.

(Operatore Prof. Tibone).

Anno scolastico 1880-81 — Sezione III. — N. annuale 28. Rachitica, professione serva, d'anni 30, statura 1,49, IIIpara, contrasse la sifilide durante la 2ª gravidanza (non è detto a quale epoca). Fece la cura specifica ed assicura di aver avuto un feto sano. Bacino generalmente ed uniformemente ristretto. Cr. pel. 81 ctm. Si raggiunge con difficoltà il promontorio sacro vertebrale. 1º periodo 15 ore, 2º periodo 7.30. Pos. V. Pos. O. I. D. T. *Tentativo di applicazione del forcipe Tarnier* (2º modello) *allo stretto superiore;* ma non si riesce a collocare la branca destra. Si estrae la sinistra e si applica il forcipe tedesco, che va con facilità ed

estrae un maschio, apparentemente sano, del peso di 2850 grm., lungh. 50. cmt. Diametri: OF.: 121, BP. on. 90, Bp. ost. 83, ON. 131, Diam. mass. 131. Vennero praticate due incisioni bilaterali sull'anello vulvare, perineo rispettato. Leggera endometrite settica, che guarisce tosto con un'irrigazione endouterina.

Osservazione III.

(*Operatore Prof. Tibone*).

Anno scolastico 1880-81 — Sezione II (Clinica studenti). — Numero annuale 74, professione cameriera, età 18 anni, statura 1,52, Ipara, 1° periodo 34 ore 45′, 2° periodo 3 e 15′. Pres. V. posizione O I D A, discesa nello scavo. Inerzia uterina. *Applicazione del forcipe Tarnier* (2° modello) *nella parte media dello scavo.* — Si estrae con facilità un maschio asfittico che si rianima colle solite cure, del peso di 2775 grm., lung. 49 ctm. Diametri: OM. 126, D. mass. 130, OF. 116, Bp. An. 90, Bp. Os. 85, BT. 76, BM. 71. Nessuna lacerazione perineale. Leggera endometrite settica che guarisce prontamente con una lavatura endouterina.

Osservazione IV.

(*Operatore Prof. Tibone*).

Anno scolastico id. id. — Sezione III. - N. annuale 136, professione filatrice, età 19 anni, Ipara. Vaginite granulosa, metrorragia di circa 300 gr. durante il sonno alla fine del 7° mese. Durante gli ultimi due mesi che soggiornò in Clinica, di quando in quando viene presa da vomiti difficili, che la lasciano molto spossata. Nuova emorragia di 100 gr. circa 4 giorni dopo la prima. Riposo in letto e laudano. Nessun fenomeno patologico fino al momento del parto. 1° periodo 11 ore 30′, 2° periodo ore 3. Pres. V. Pos. O I D P. Nel periodo espulsivo scoppia un accesso di eclampsia. *Pronta applicazione del forcipe Simpson traente nell'asse nella parte superiore dello scavo.* L'articolazione del forcipe è laboriosa per l'impedimento che offre l'asta che, messasi fra i manici, impaccia l'articolazione a segno che è necessario portare la branca destra con movimento di sega al di dietro del cotilo di destra. Abbassata allora l'asta si riporta la branca sul lato destro del bacino e

si ottiene l'articolazione. Allo stretto inferiore si è obbligati ad estrarre la branca destra, che portatasi col moto di rotazione sotto la sinfisi pubica, impedisce il moto di estensione. Feto asfittico di 2º grado riavutosi. Peso gr. 3620, lung. 51. Diametri: OM. 132, Massimo 142, OF. 121, Bp. An. 97, Bp. os. 95, BT. 85, B. Mas. 75, B. Mal. 73. Lacerazione della forchetta. Puerperio regolare.

Osservazione V.

(*Operatore Prof. Tibone*).

Anno scolastico id. id. — Sezione 2º. — N. annuale 143. Serva d'anni 21, statura 1,52, peso chil. 61, Ipara. 1º periodo ore 10, 2º periodo 3,30. Resistenza dei piani perineali. Pres. V. Pos. OISA. *Applicazione nello scavo del forcipe Simpson traente nell'asse.* Le stesse difficoltà che nel caso antecedente per ottenere l'articolazione. Feto vivo, peso 3200 gr., lung. 49 ctm. Diametri: OM. 131, Massimo 135, OF. 120, Bp. An. 94, Bp. Ost. 91, BT. 85, B. Mas. 75, B. Mal. 73. Nessuna lacerazione perineale. Puerperio regolare.

Osservazione VI.

(*Operatore Prof. Tibone*).

Anno scolastico 1880-81 — Sezione II. — N. annuale 151. Professione serva, d'anni 34, statura 1.46. Ilpara. Bacino leggermente appiattito, si raggiunge a stento il promontorio. 1º periodo ore 37, 2º periodo minuti 30. Processo infettivo febbrile durante il travaglio. T. 40.3, P. 140, brivido intenso, scoli nerastri e fetenti dai genitali. Pres V. O I S A. 1º periodo ore 37, 2º periodo minuti 15. — *Applicazione alla parte media dello scavo del forcipe Simpson traente nell'asse.* Stesse difficoltà come nelle prime osservazioni, solo si superano con maggiore facilità perchè la branca destra, che viene introdotta la 2ª è subito portata dietro il cotilo. Rotazione pubica della testa. La branca destra, caduta sopra la regione parieto-occipitale di destra viene sotto la branca discendente del pube ed impedisce il moto di estensione. Si estrae il forcipe. Mancando i dolori esso viene nuovamente applicato ab-

bracciando il diametro biparietale. Estrazione. — Nessuna lacerazione perineale, feto asfittico non rianimato; non sono segnate le sue dimensioni, ma dalle misure prese sulla madre un mese prima del parto (Cir. omb. 94, sottom. 93, distanza pubiomb. 20, xifo pub. 39) è lecito arguire che la gravidanza era arrivata a termine e il feto perciò di normale sviluppo. Ad onta di una cura appropriata ed energica la donna, in preda al processo settico gravissimo dal quale fu colta durante la gravidanza, soccombe di metro-peritonite 73 ore dopo il parto.

Osservazione VII.

(*Operatore lo scrivente*).

Anno scolastico 1881-82 — Sezione III. — Professione spazzettaia, età 27, di costituzione gracile, qualche segno di rachitismo e cicatrici di vaiuolo e di scrofola pregressa. — Bacino generalmente e regolarmente ristretto. Cir. pel. 85. Si raggiunge con somma difficoltà il promontorio sacro-vertebrale. Ipara. 1° periodo ore 35, 2° periodo ore 2. Pres. V. posiz. O I D A. Testa trattenuta allo stretto superiore. Inerzia uterina. *Applicazione del forcipe traente nell'asse* (modificato) *allo stretto superiore.* L'applicazione è semplicissima, ma per mancanza di parallelismo delle branche non si può ottenere l' articolazione, anche spiegando colle mani molta forza. Si estrae la branca destra e si applica meglio sul lato del bacino. *L'articolazione è facilissima e pronta.* Tiro assai vigorosamente, impiegando tutta la mia forza. Dopo tre tirate potenti la testa dà il senso di una resistenza vinta e discende nello scavo. Si conduce di poi il capo attraverso all'ostio vulvare colla massima lentezza, e si porta alla luce un feto vivo, maschio, del peso di gr. 3350, della lunghezza di 50 ctm. Diam. OM. 132, Mass. 135, OF. 123; Bp. An. 90, Bp. Os. 85. BT. 80, BM, 75. Lacerazione perineale superficiale. Puerperio morboso per endometrite settica e parametrite, curate e guarite con irrigazioni fenicate endouterine e applicazioni terebentinate sul ventre.

Osservazione VIII.

(Operatore Dottor Fasola).

Anno scolastico 1881-82 — Sezione II. — N. annuale 77. — Contadina d'anni 35, statura 1,36 — Vpara, i primi due parti lunghi e difficili, ma spontanei, il 3° istrumentale (forcipe) il 4° manuale (rivolgimento). Le misure pelviche danno: Sp. Il. 275, Cr. Il. 265, C.E. 165, C.D. 90, C.O. 76, Cir. pel. 79 ctm. — Bacino generalmente ed irregolarmente ristretto. Pres. V. Pos. O I S A. 1° periodo ore 10, 2° periodo ore 1. Contrazioni poco valide, testa mobile sullo stretto superiore, si delibera di esperimentare il forcipe e si *applica il forcipe Tarnier* (III modello), che viene portato ed articolato assai facilmente. Con una sola e debole trazione la testa viene portata nello scavo, ed estratto facilmente. Feto vivo e sano, peso 2850, lungh. 47 ctm. Diam. OM. 115, OF. 108, Bp. An. 93, Bp. Ost. 80, S.O.B 90, S.O.F 110, B.T. 83, B. Mast. 80, B. Mal. 74. Nessuna lacerazione perineale, puerperio regolare.

Osservazione IX.

(Operatore lo scrivente).

Anno scolastico 1881-82 — Sezione II. — Serva d'anni 25, statura 1,52. — Ipara. — Bacino piatto non rachitico. — Si arriva a stento al promontorio sacro-vertebrale. — Pres. V. elevata. — Pos. O I D P. Procidenza del cordone ombelicale, che si ridusse facilmente colla mano e colla posizione prona per non riprodursi più. 1° periodo 26 ore, 2° periodo 2 ore e 15 minuti. Testa fissa sullo stretto superiore, battito cardiaco fetale 100 al minuto primo, Temper. della partoriente 38°. — *Applicazione del forcipe Tarnier* (3° modello) *allo stretto superiore.* Con tirate continue la testa progredisce e discende nello scavo. — Rotazione pubica dell'occipite. La curvatura pelvica è rivolta a sinistra e la perineale a destra. La branca destra trovasi sotto la sinfisi pubica. Si estrae onde permettere al capo di fare il moto di estensione, favorito dall'azione della branca sinistra situata posteriormente, che viene

usata come la leva più curva. Si supera con lentezza l'ostio vulvare. Lacerazione superficiale di poca importanza. Feto robusto, ossa spesse e resistenti, peso 3890 grammi, lung. 49. Diam. OF. 125, OM. 130, Mass. 138, Bp. An. 98, Bp. Os. 95, S.O.B. 100.

Leggera endometrite tardiva per ritenzione di resti placentari. Irrigazioni endouterine, guarigione rapida.

Osservazione X.

(Operatore lo scrivente).

Anno scolastico 1881-82. — Sezione III. — N. annuale 76. — Professione tabaccaia, età 26, statura 1,50, Ipara. Bacino normale, gravidanza gemellare, 1° periodo ore 15, 2° periodo ore 2,30. —

Pres.	1° V.	Pos.	1° O I S A.
	2° V.		2° O I D P.

Inerzia uterina. *Doppia applicazione del forcipe Simpson traente nell'asse* (modificato); *nello scavo pel 1° feto, allo stretto superiore pel 2° feto.* Estrazione facile. Perineo illeso. Feti gracili.

Peso	1° 2360	Lung.	1° 46
	2° 1860		2° 40

Diam.	1° Massimo 125	— OF. 115	— Bp. An. 92
	2° » 123	— » 110	— » 90

Diam.	1° Bp. Os. 87	— SOB. 92	— BT. 77	— BM. 70
	2° » 84	— » 86	— » 74	— » 68

Puerperio regolare.

Osservazione XI.

(Operatore Prof. Tibone).

Anno scolastico 1882-83 — Sezione III. — N. annuale 20. Lavorante in zolfanelli. Età 18, statura 1,54. Ipara. Bacino normale. 1° periodo ore 36, 2° periodo ore 2. Pres. V. Pos. O I D A. — Inerzia uterina. — *Applicazione del forcipe Tarnier* (3° modello) *allo stretto superiore.* Estrazione facile. Perineo intatto. — Feto

peso 2640 gr., lungh. 47 ctm. — Diametri: O.F. 112, Bp. An. 89, Bp. Os. 86, S.O.B. 90, B.T. 72, B. Mast. 68. Puerperio regolare.

Osservazione XII.

(*Operatore Dott. Fasola*).

Anno scolastico 1882-83 — Sezione II. — N. annuale 44. Età 38, Vpara. Bacino normale, 1° periodo 10 ore e 30 minuti; 2° periodo 2 ore e 30 minuti. Pres. V. Pos. O I D P. Inerzia uterina. *Applicazione del forcipe traente nell'asse* (non è detto quale) *allo stretto superiore.* Estrazione facile, perineo illeso. Feto peso 3000 grammi, lungh. 52 ctm. Diam. O.F. 105, Bp. An. 90. Bp. Ost. 80, S.O.B. 100, BT. 75. Puerperio normale.

Osservazione XIII.

(*Operatore lo scrivente*).

Anno scolastico 1882-83 — Sezione III. — N. annuale 44. Professione cuoca, età 85, statura 1,49, Ipara, sifilitica, esiste uno sclerema sifilitico esulcerato comprendente tutto l'ostio vulvare e la metà inferiore della vagina. Bacino generalmente e regolarmente ristretto. C. D. 104. 1° periodo 8 ore, 2° periodo 2 ore. — Battito cardiaco fetale rallentato. Pres. V. Pos. O I S A. *Applicazione del forcipe traente nell'asse* (modificato) *allo stretto superiore.* La testa con una tirata vigorosa discende nello scavo, ed incontra qualche difficoltà a superare la parte inferiore della vagina e l'ostio vulvare che sono duri ed inestendibili. Lacerazione vulvo-vagino-perineale per tutto il tratto scleremato so. — Feto asfittico riavutosi. Peso 3075, lungh. 49. — Diam. O.F. 151, Massimo 126, Dp. An. 92, S.O.B. 93, B.T. 80. — Nessuna traccia di sifilide. — Puerperio regolare. — Passa all'Ospedale S. Lazzaro per la cura specifica.

Osservazione XIV.

(*Operatore Dott. Fasola*).

Anno scolastico 1882-83 — Sezione II. — N. annuale 102. Professione piumaia, età 32, statura 1,52. Peso 57 chilogr., Ipara. —

Bacino normale. 1° periodo 18 ore, 2° periodo 2,30. — Pres. V. Pos. O I S A. Battito cardiaco fetale rallentato. *Applicazione del forcipe Tarnier* (3° modello) *nello scavo.* — Lacerazione perineale di 1° grado. Feto sano, leggermente asfittico, peso 2430 grammi, lungh. 46. Diam. O.F. 110, O.M. 125, Mass. 128, Bp. An. 93, Bp. Ost. 89, Puerperio normale.

Osservazione XV.

(*Operatore lo scrivente*).

Anno scolastico 1882-83 — Sezione II. — N. annuale 122. — Professione sarta. Età 27. Statura m. 1,51. IIIpara. — Il 2° parto avvenne pure in Clinica; subito dopo il parto venne colta da un accesso eclampsico troncato col cloroformio. Bacino normale. — Broncorragie ripetute durante l' ultimo periodo della presente gravidanza, specialmente durante la notte, senza che coll' esame statico si sia potuto rilevare nulla di anormale nel petto. Non mai febbre. Negli ultimi giorni della gravidanza, dopo aver provato qualche fenomeno prodromico (cefalalgia, senso di costrizione all'epigastrio), che però non aveva consegnato, venne presa da un accesso convulsivo di eclampsia. Si amministra immediatamente il cloralio, gr. 2, e si provoca il parto col metodo Krause. Due ore dopo si ripetono 2 gr. di cloralio. Tre ore dopo l' introduzione della sonda cominciarono le contrazioni. 1° periodo ore 8, 2° periodo minuti 30′. Pres V. Pos. O I S A. A dilatazione completa, le contrazioni essendo deboli e temendo nuovi accessi si viene all'*applicazione del forcipe Simpson traente nell'asse* (modificato) *allo stretto superiore.* Si fa una sola trazione lenta ma continuata, colla quale si estrae un feto sano del peso di 4280 gr. Lungh. 53 ctm. — Diametri: O.F. 122, Mass. 140, O.M. 135, Bp. An. 98, Bp. Ost. 94, S.O.B. 102, B.T. 83, B.Mast. 79. — Puerperio normale, ma continua la broncorragia.

Osservazione XVI.

(*Operatore Dott. Fasola*).

Anno scolastico 1882-83 — Sezione II. — N. annuale 144. — Professione orlatrice, età 34 anni. Statura m. 1,44, peso 49 chil.

Ipara. Bacino generalmente e regolarmente ristretto. (Cir. pelv. 80 ctm., C E. 185 mm.). — 1° periodo ore 9, 2° periodo ore 2 Pres. V. Pos. O I D P. — Inerzia con stato irritativo dell'utero. Battito cardiaco del feto 80 al minuto primo. — *Applicazione del forcipe Simpson traente nell'asse* (modificato) *nella parte alta dello scavo.* Lacerazione perineale di 2° grado. Si applica una pinzettina a pressione continua. Feto sano di sesso maschile, peso 3010 grammi, lungh. 48 ctm. Diametri: O.F. 115, Massimo 131, O.M. 120, Bp. An. 85, Bp. Ost. 85, S.O.B. 90, S.O.F. 115, B.T. 80, B.Mast. 70. Puerperio regolare.

Osservazione XVII.

(*Operatore Dott. Fasola*).

Anno scolastico 1882-83 — Sezione II. — N. annuale 148. — Professione negoziante, età 34 anni, IIIpara. Cifosi dorso-lombare con leggera scoliosi destra. — Polisarcia, anasarca, anemia pronunciatissima, ortopnea, accessi di asistolia frequenti durante la notte. La percussione e l'ascoltazione nulla rilevano di anormale al cuore, qualche rantolo a bolle piccole alla base dei due polmoni. Appena entrata in Clinica, visto lo stato grave, minaccioso della donna, si provoca il parto col metodo Krause e si amministra un purgante drastico. Sei ore dopo i fenomeni non sono mutati ad onta di un'azione grande del purgante. Si pratica la rottura delle membrane e si favorisce l'uscita del liquido amniotico, tenendo sollevato con un dito il capo fetale. Sedici ore dopo l'introduzione della sonda incomincia il travaglio. — 1° periodo ore 3,30. 2° periodo 5 m. Pres. V. Pos. O I S A. *Applicazione del forcipe Simpson traente nell'asse* (modificato) *nello scavo.* La donna è indocilissima e si comporta addirittura in modo brutale, indirizzando parole ed atti sconvenientissimi verso tutti coloro che l'assistono. Rottura superficialissima del perineo. La donna rifiuta ogni cura di nettezza. La lacerazione perineale al mattino del secondo giorno di puerperio si copre di una leggera patina biancastra, che solo con grandi difficoltà ed usando molta insistenza si può toccare con tintura di iodio e medicare con iodoformio. La Temp. è al mattino 37,9, P. 94; alla sera T. 38,6, P. 100. — A mezzanotte getta un grido, mentre tenta di porsi a sedere sul letto, ma ricade e muore improvvisamente.

L'autopsia rivela un grado fortissimo di anemia, con enorme accumulo di grasso e di siero nel tessuto cellulare sottocutaneo. Leggero edema alla base dei polmoni ed un avanzatissimo grado di degenerazione grassa del cuore. Genitali interni ed esterni sani tranne una piccolissima ulcera puerperale sulla commettitura vulvare posteriore.

Osservazione XVIII.

(*Operatore lo scrivente*).

Anno scolastico 1882-83 — Sezione III — N. annuale 86. Professione bracciante, età 24 anni. Ipara. Bacino uniformemente ristretto. Cir. pelv. 84 ctm. Cr. il. 26, Sp. il. 25, C.E. 19, C.D. 95 mm. Ossa spesse. Coll'esplorazione vaginale si sentono distintamente le sinfisi sacro-iliache. — 1° periodo 15 ore, 2° periodo 1,30. — Pres. V. Pos. O I D P. La testa è molto flessa, poco modificata nella forma, e ancora tutta sullo stretto superiore. *Applicazione del forcipe Simpson traente nell' asse* (modificato). L' applicazione riesce facile. Assicurata la presa con qualche tirata di saggio si aspetta la contrazione uterina e si tira vigorosamente ed insistentemente. Stante il nessun indizio di sofferenza da parte del feto si insiste sulle trazioni, che furono cinque e a tutta forza. Si trae nello scavo la testa dopo di essersi allungata di molto. Battito cardiaco fetale 60 al minuto primo. Lacerazione perineale di secondo grado, per brevità grande dell'ostio vulvare e perineo impreparato. La lacerazione si fa in due sensi: l'una verticalmente lungo il rafe mediano del perineo; l' altra trasversalmente una specie di sfaldatura, che distacca la mucosa della colonna vaginale posteriore delle parti profonde. *Perineorafia:* a punti perduti nella profondità delle parti ed incavigliata nella parte verticale, con qualche punto superficiale interciso. — Feto maschio. Peso 3390, lungh. 52. Asfittico di 2° grado riavutosi dopo qualche minuto. Diametri: O.F. 120, O.M. 134, Massimo 137, Bp. An. 91, Bp. Ost. 86, S.O.B. 100, S.O.F. 120, S.O.M. 101, B.T. 82, B.M. 73. Puerperio morboso per parametrite doppia. Guarigione. All'ottavo giorno si toglie la sutura perineale, l'adesione è completa ed il pavimento, costituito dalla parete vaginale posteriore, è completamente rifatto.

Osservazione XIX.

(*Operatore Dott. Fasola*).

Anno scolastico 1882-83 — Sezione II. — N. annuale 156. Professione lavorante, età 28 anni, statura 1,35, Ipara. Ulcera sospetta nel vestibolo vulvare, gangli inguinali indurati ed indolenti. — Bacino generalmente ristretto. Cir. Pel. 78, Cr. il. 248, Sp. il. 235. 1° periodo ore 18,30, 2° periodo ore 2,15. Pres. V. Pos. O I S A, Resistenza dei piani perineali. — *Applicazione del forcipe Tarnier* (3° modello) *nello scavo.* — Lacerazione perineale di 2° grado. — *Perineorafia:* feto di sesso femminile. Peso, 2450, lungh. 49. Diametri: O.F. 110, Mass. 135, O.M. 120, Bp. An. 85, Bp. Ost. 83, B.T. 72. — Puerperio irregolare per vulvite ulcerosa, che impedì l'adesione della parte più alta della sutura. — La parte inferiore aderì. — Al 7° giorno del puerperio compare la roseola sifilitica.

Osservazione XX.

(*Operatore Dott. Fasola*).

Anno scolastico 1882-83 — Sezione II. — N. annuale 158. Professione sarta. IIpara. Bacino generalmente ed irregolarmente ristretto. Cir. pel. 86, Sp. il. 25, Cr. il. 28, C.D. 98 mm., C O. 83 mm., 1° periodo 26 ore, 2° periodo 2. Pres. V. Pos. O I D T. Contrazioni deboli. — *Applicazione del forcipe Tarnier* (3° modello) *allo stretto superiore.* — Alla 1ª tirata il forcipe lascia la presa. Si fa una seconda applicazione, ma il forcipe lascia nuovamente la presa. Si ricorre allora al forcipe Simpson ordinario, che senza grandi difficoltà libera la donna. Perineo intatto. — Feto sano di sesso maschile. — Peso 3900 gr., lungh. 53 ctm. — Diametri; O.F. 117, Mass. 145, O.M. 134, Bp. An. 102, Bp. Os. 102, S.O.B. 92, B.T. 85, B. M. 77 (brachicefalo). — Puerperio irregolare per leggera metrite.

Osservazione XXI.

(*Operatore Dott. Fasola*).

Anno scolastico 1883-84 — Sezione II — N. annuale 26. Professione donna di casa, età 24 anni. Statura m. 1,39. Peso 48 chil.

Rachitica. Ipara. Bacino rachitico generalmente ristretto ed appiattito. Cir. Pel. 82, Sp. il. 26, Cr. il. 20, B.I. 105. Si raggiunge con difficoltà il promontorio sacro vertebrale. 1° periodo 3,45, 2° periodo 2 ore. — Pres. V. Pos. O I S A nella parte alta dello scavo. *Applicazione del forcipe Simpson traente nell' asse* (modificato). Lacerazione all'indietro della forchetta in forma di V e con apice libero e base aderente in alto. Feto sano di sesso maschile. Peso 3000, lungh. 52. Diametri: O.F. 112, O.M. 135, Bp. An. 93, Bp. ost. 88, B.T. 86.

Osservazione XXII.

(*Operatore lo scrivente*).

Anno scolastico 1883-84 — Sezione II — N. annuale 47. Professione portinaia. Età 23. Statura 144. — Peso chilogr. 55. — Rachitica. Ipara. Bacino generalmente e regolarmente ristretto. Cir. pel. 74, Sp. il. 220, Cr. il. 264, B.I. 80, C.D. 106, C.A. 86. — Pres. V. Pos. O I D P. 1° periodo 15 ore, 2° periodo 3 ore. — *Applicazione del forcipe Simpson traente nell'asse* (modificato) *allo stretto superiore.* Tre trazioni vigorosissime e prolungate senza alcun risultato. — *Trapanazione* e *cranioclastia.* Estrazione facile. Feto sesso maschile, peso 3500, senza cervello, lungh. 52. Lacerazione della forchetta. Fin dal 1° giorno del puerperio perde involontariamente le urine. Puerperio irregolare per ulcerazioni puerperali, ai genitali che si toccano con tintura di iodio, e si medicano con iodoformio. Guarigione rapida. L' enuresi continua sebbene diminuita. Viene esaminata con un catetere metallico in vescica dal Prof. *Tibone* e da me, ma non è possibile sentire alcuna comunicazione genito-urinaria.

Osservazione XXIII.

(*Operatore Dott. Fasola*).

Anno scolastico 1883-84 — Sezione II. — N. annuale 58. Professione cuoca. — Età 20 anni. Statura 1,45, Peso 54 chilogr. — Rachitica, Ipara. Bacino generalmente ristretto ed appiattito. Cir. pel. 83, Sp. il. 22, Cr. il. 24, C.D. 94 mm., C.O. 80 mm. Pres. V. Pos. O I S A. 1° per. ore 15, 2° per. ore 4. *Applicazione del forcipe Tar-*

nier (3º modello) *allo stretto superiore.* Due trazioni energiche con nessun risultato utile. — *Trapanazione e cranioclastia.* Estrazione facile. Nessuna lacerazione. Puerperio regolare.

Osservazione XXIV.

(*Operatore Dott. Fasola*).

Anno scolastico 1883-84 — Sezione II. — N. annuale 50. Professione contadina. Età 33 anni. Statura 1,41. Peso chilogr. 53. Rachitica. IIpara. Bacino generalmente e irregolarmente ristretto. Cir. pel. 76, Sp. il. 240, Cir. il. 262, C.D. 97, C.O. 80. — Pres. V. Pos. O I S T. 1º periodo 9 ore, 2º periodo 3,30. — *Applicazione del forcipe Tarnier* (3º modello) *nella parte alta dello scavo.* Con una tirata la testa viene ai genitali. La branca sinistra è quasi sotto al pube. Si estrae il forcipe onde permettere al capo di eseguire il moto di estensione. Feto di sesso femminile, asfittico, riavutosi. Peso 27.50, lungh. 50 ctm. Diametri: O F 110, O.M. 120, Mass. 130, Bp. on. 90, Bp. os. 88, S.O.B. 90, B.T. 73. Lacerazione della forchetta. Metrorragia post partum frenata colla segale e colla compressione dell' aorta. Puerperio irregolare per vulvite ulcerosa, che si cura con applicazioni locali di tintura di iodio e si medica con iodoformio. Guarigione rapida.

(Continua).

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze
diretto dal Prof. Cav. D. CHIARA

ALCUNE CONSIDERAZIONI

SULLA

PARAMETRITE E SULLA CELLULITE PELVICA

dedotte da casi studiati

nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze

da GIULIO KIRCH
Medico assistente.

Se è vero che gli organi genitali nella donna sono quelli che più frequentemente ammalano, è altresì vero che fra tutte le malattie, che affliggono la regione in cui quegli organi hanno sede, la più frequente è l'infiammazione del tessuto cellulare nella cui massa quegli stessi apparati stanno raccolti. Tale infiammazione ebbe varii nomi a seconda dei varii autori ed a seconda dei progressi che facevano gli studii ginecologici. Così senza riandare nella storia antichissima della medicina, alla fine dello scorso secolo Mauriceau, che aveva studiato come nel puerperio era facile ad aversi la infiammazione del cellulare confinante coll'utero, credè che quella fosse dovuta ad un andamento anormale della lochiazione, e difatti la disse cagionata dalla ritenzione dei lochi; Puzos invece credè la malattia doversi riferire ad una metastasi (la cui teoria era tanto in voga nello scorcio del decimonono se-

colo), e attribuì le forme morbose in discorso alla metastasi del latte.

Nella prima metà del secolo presente si abbandonarono le antiche denominazioni, e fu detta da Bourdon « tumore fluttuante del bacino » da Dohenty « infiammazione cronica degli annessi uterini » da Marechal de Calvi « ascesso flemmonoso intrapelvico » da Nouat « flemmone periuterino e laterale » da altri flemmone del legamento largo. Tali denominazioni però indicavano solamente il concetto che i diversi autori si erano fatti della sede della malattia, poichè studiavano appunto una manifestazione dello stato morboso, ma non l'esordire, e la prima sede del morbo. Nè la denominazione data da Courty di infiammazione periuterina raggiunge lo scopo poichè in questa si deve comprendere ancora l'infiammazione di quella parte del peritoneo che sta a ridosso del fondo uterino. Virchow pensò di dare il nome di parametrite all'infiammazione del connettivo che è nei confini più prossimi, che è a ridosso propriamente dell'utero, ammettendo che questo connettivo poteva infiammarsi indipendentemente dall'organo che rinchiude e dal suo rivestimento peritoneale; però non si può nè si deve escludere che questa infiammazione non possa oltrepassare i confini parametrici, ed estendersi al connettivo delle fosse iliache, ed allora non si può più chiamare parametrite, ma sarà giustificato il nome di pelvi cellulite. Molti hanno negata la possibilità di questa infiammazione parauterina e pelvica esclusivamente limitata al cellulare, senza compartecipazione del peritoneo, ma quando si osservi attentamente l'insorgere, la durata e l'esito della malattia, dovremo necessariamente escludere nel più dei casi la concomitanza di una peritonite, sia pure ristrettamente localizzata; e di questo fanno fede pure le disposizioni anatomiche della regione, mentre è difficile invocare in nostro aiuto l'anatomia patologica; chè non sono frequenti i casi di morte per parametrite, e se in qualche necroscopia si ritrovi una peritonite si cade appunto in uno di quei casi in cui il peritoneo risenti della malattia del connettivo sottostante, casi che non posso per niente negare. Ho avuto facoltà di studiare l'argomento, che brevemente tento di svolgere, in una quindicina di casi, e ho avuto la fortuna di potere vedere la malattia ai suoi diversi stadi, nelle sue diverse sedi, terminare con esiti diversi. Li riporto in fine del mio scritto ed è su di essi che principalmente si volgono le mie osservazioni. Mi sia lecito però innanzi tutto rammentare

qualche cenno sulla disposizione anatomica del cellulare che riempie il bacino.

Se dividiamo la pelvi trasversalmente con un piano che corrisponda al peritoneo, troveremo al disotto di questo il fondo dell'utero e parte delle trombe; ai lati il peritoneo forma una ripiegatura per innalzarsi quindi lungo le pareti pelviche e quindi le pareti addominali laterali; nel centro il peritoneo ricuopre tutta la parete posteriore del corpo uterino, parte della parete posteriore vaginale e si ripiega all'indietro sopra la parete anteriore del retto, formando un cul di sacco che è lo spazio del Douglas, in avanti il peritoneo sormonta il fondo dell' utero e si porta in avanti sulla parete anteriore non ricoprendola in totalità e ripiegandosi ben presto per andare a costituire il peritoneo vescicale. Luschka ha chiamata questa cavità, sotto peritoneale, per distinguerla dal cavo peritoneale e da un'altra cavità inferiore ch'egli chiama sottocutañea limitata in alto dallo elevatore dell'ano. Questo cavo sotto peritoneale si prolunga ai lati del bacino fino alla cresta iliaca senonchè a livello della linea innominata la cavità si restringe fin quasi a toccarsi la parete esterna peritoneale con l'osso iliaco.

In questo cavo sotto peritoneale abbonda il tessuto cellulare e più o meno a seconda delle diverse regioni. Così mentre è oltremodo ricco ai lati dell'utero e posteriormente, sul fondo uterino ed al davanti della parete anteriore uterina è assai scarso. È poco anteriormente poichè qui è a ridosso dell' utero, la vescica e l'uretra, ed è tanto scarso sul fondo uterino che qualcuno negò persino l'esistenza di connettivo fra fondo uterino e peritoneo.

Così brevemente esposta la anatomia di questa regione, supponiamo che una infiammazione cominci in un punto di questo cavo sottoperitoneale vicino all' utero, essa può limitarsi proprio nei dintorni dell' utero ed avremo una semplice parametrite, oppure può irradiarsi fino ad invadere i ligamenti larghi (flemmone del ligamento largo) sollevando il peritoneo che potrà o non potrà parteciparvi; se il processo infiammatorio non si limita ancora al legamento può arrivare fino alla linea innominata, sorpassarla ed estendersi al cellulare compreso fra questa e la cresta iliaca, dando così luogo ad un ascesso della fossa iliaca.

Intanto che l'infiammazione procede così dal suo punto d'origine, fin dove si arresterà, può essere che abbia subita la risoluzione all'origine stessa e della parametrite prima esistente non

dar più segno, e l'osservatore, che non abbia seguito l'andamento della malattia fin dal suo insorgere, dovrà certamente riferirla alla sede in cui trova palese lo stato morboso.

Cercato così di riferire ad una stessa entità morbosa tutte quelle malattie che prima si dissero infiammazione dei ligamenti larghi, ascessi pelvici, flemmoni periuterini, chiamandola cioè parametrite o meglio cellulite pelvica, vediamo quali siano le cause, l'andamento, la cura e l'esito della malattia.

Quali cause più comuni per lo svolgimento di un processo parametrico si possono invocare; il puerperio anomalo in seguito a parto a termine, prematuro od abortivo, una malattia infiammatoria uterina e degli annessi, un traumatismo di qualunque sia genere portato sui genitali interni. Da alcuni è stato detto essere causa di parametrite la lunga durata del parto; per me non ritengo quella avere influenza causale sull' insorgere di malattie puerperali ma agire solo come causa coadiuvante, come sono favorite le malattie puerperali in seguito a parto laborioso per ristrettezza pelvica, o di malconformazione del canale molle, non per altro che perchè in siffatte condizioni, per la maggior resistenza offerta dal canale, avvengono più facilmente ed in maggior numero le lacerazioni, che sono la prima porta per l'assorbimento dei materiali infettivi.

Con ciò viene anche spiegata la sede più frequentemente a sinistra di un processo parametritico; poichè più frequenti essendo le posizioni sinistre anteriori l'occipite premendo verso la parete pelvica sinistra da questo lato sono più facili e più grandi le lacerazioni.

Non si può neanche, come da alcuno si è voluto ammettere, affermare che il parto podalico sia causa di parametrite più frequente del parto della testa; poichè se si consideri il meccanesimo del parto quale si effettua nella presentazione podalica, vale a dire venendo espulso il feto per un diametro minimo, che va man mano aumentando fino alla alla testa, questa troverà il canale già sufficientemente preparato, e non avrà tanta difficoltà a superare gli ostacoli offerti dalla resistenza delle parti molli, che le si presenterebbero ove venisse espulsa per la prima.

Oltrechè a tutti i casi suaccennati una parametrite si può riferire a disturbi di irregolarità della mestruazione, senza che veramente esista o insorga malattia infiammatoria dell' utero ed annessi, come pure si può riferire a causa reumatica comune.

Frequenza della malattia. — Per quanto Hart e Barbour abbiamo detto che è difficile aprire un cadavere di donna senza trovare residui di parametrite, e per quanto altri abbia detto (Courty) che, la pelvicellulite affligga i due terzi delle donne malate nella sfera degli organi genitali, non credo che si possano ritenere queste cifre così elevate per giuste. Sopra 209 malate ricoverate nella sezione di ginecologia dal 1° gennaio 1883 al 15 maggio 1884 in 21 si verificò un vero processo parametrico, indipendente da altra affezione uterina.

Più frequentemente la parametrite sorge nel puerperio, e più spesso nelle puerpere primipare, essendo in queste più frequenti le lacerazioni utero vaginali e quindi più facile l'infezione. Secondo West, il 77 per 100 delle pelvi cellulite è dato da malattie puerperali, secondo il Gallard il 45 per 100, credo però che la cifra più prossima al vero sia quella data da Courty del 60 a 65 per 100. Le malattie infiammatorie, i traumatismi sull'utero e annessi danno un contingente di successiva parametrite del 20 per 100, i disturbi di mestruazione dal 10 al 15 per 100, e finalmente la blenorragia e le cause reumatiche contribuiscono alla parametrite nella proporzione del 5 per 100 circa.

La pelvicellulite ora è acuta ora è cronica. La forma acuta è dovuta più particolarmente al puerperio o ad operazioni fatte sopra l'utero o i suoi annessi, la cronica può cominciare come tale ed avere per causa disturbi funzionali degli organi generatori, abuso di coito, raffreddamento durante il periodo mestruale ecc., oppure può far seguito ad una forma acuta, e questo è il caso più frequente.

Parametrite acuta. — Si manifesta più frequentemente nello stato puerperale. La donna è colta dal terzo al quinto giorno di puerperio improvvisamente da un fortissimo dolore ad una delle fosse iliache (più frequentemente la sinistra), dolore intollerabile, puntorio, e che si irradia a tutto il fondo pelvico ed alle regioni lombari e renali, e che si esacerba ai movimenti ed alla pressione. La temperatura dalla normale sale ad un tratto a 39° o 40° precorsa generalmente da un brivido di freddo; la malata si lamenta di cefalea, la lingua è arida, sente spesso il bisogno di bevere, l'alvo sta chiuso per alcuni giorni, la orina deve essere emessa spesso, talune volte involontariamente ed è torbida per muco; contemporaneamente a questi sintomi si ha la sospensione della secrezione lattea e la lochiazione non procede più regolar-

mente essendo ora fetente ora mancante. Per due o tre giorni durano questi fenomeni, senza che all'esame obbiettivo, eccezione fatta della ipertermia, possa rilevarsi qualcosa, ma dopo, alla palpazione addominale si apprezza l'esistenza di un tumore solido, dovuto alla infiltrazione di un essudato nel cellulare parauterino. Meglio che alla palpazione questo essudato si palesa con l'esplorazione vaginale. Ai primi giorni di malattia sarà facile cosa trovare un aumento di calore nei fornici vaginali, aumentata sensibilità, e uno stato edematoso in qualche punto della vagina, in seguito si riscontrerà l'esistenza nel parametrio di un infiltramento duro ora localizzato ad uno dei due lati dell'utero, ora posteriormente ora circondante tutto l'utero, e che tiene fisso l'utero stesso. La grandezza del tumore parametritico varia grandemente, ora è piccolissimo ora raggiunge il volume di un grosso arancio, ora è ben delimitabile, ora va perdendosi, diffondendosi nel connettivo circostante. Ho già accennato che la parametrite occupa una delle fosse iliache, preferibilmente la sinistra, però talvolta può farsi anteriormente, raramente è posteriore talvolta se si diffonde a tutto il connettivo parauterino. Di qui le varie denominazioni di parametrite sinistra o destra, anteriore o posteriore ed anulare. Quando la parametrite sia laterale, al riscontro si trova l'utero deviato dalla parte opposta, poco mobile e spostabile, quando sia anulare è difficile apprezzare ancora il collo uterino, che è compreso nell'essudato, e non se ne distingue che per l'orificio, e l'utero è fisso e non spostabile da nessuna parte. La febbre può durare dai 4 o 5 ai 15 e 20 giorni con remissioni mattutine e recrudescenze serali, e spesso in questo lasso di tempo si ha il riassorbimento dell'essudato, specialmente quando siano prese in considerazione cure igieniche, più che veramente terapeutiche, altre volte invece la febbre sparisce dopo pochi giorni, però non si avvera il completo riassorbimento dell'essudato, e questo si mantiene in forma di un tumore parametritico duro, passato a forma cronica senza dar segno subbiettivo di sè, pronto però a presentare nuovamente i fenomeni di una parametrite acuta ogni qualvolta sia interrotta la regolare igiene, o per qualsiasi piccola manualità si faccia sulla vagina o sull'utero. È raro il caso che la parametrite acuta, come tale, si diffonda occupando o contemporaneamente o successivamente tutto lo strato cellulare sottoperitoneale al punto da portare il flemmone del ligamento largo ad un ascesso iliaco, queste forme appartengono di preferenza alla parametrite cronica, tardiva o lenta.

Parametrite cronica. — Questa comincia in modo subdolo, insidioso e tale da non essere avvertita nel suo principio nè dalla persona che ne è affetta nè dal medico stesso. Può accompagnare e susseguire il puerperio, e può essere altresì conseguenza di altra malattia della sfera genitale. Anzi spesso i sintomi della parametrite insorgente in queste condizioni si confondono con i sintomi della malattia preesistente, tanto da difficoltare la diagnosi di infiammazione del cellulare parauterino. Si manifesta con dolore nel piccolo bacino, dolore che non ha una sede esattamente delimitabile, e che anzi si verifica spesso a distanze dal punto in cui la malattia ha sede, così dolore superficiale, alle natiche, allo interno delle coscie o al ginocchio per essere interessati nell' essudato i varii nervi, che a quelle parti fanno capo. La febbre non accompagna quasi mai questa forma cronica, o solo di quando in quando si ha un innalzamento di temperatura vespertino, dovuto a che il processo parametritico invade il terreno circostante. La malata perde l'appetito si sente debole, eccitabile e si lamenta continuamente di un senso di peso nel fondo del bacino. Questa forma subacuta va soggetta a frequenti acutizzazioni del processo parametritico, dovuto a leggerissime cause quali un'irrigazione mal fatta, un coito, la mestruazione, ed allora si ha aumento di temperatura, crescono il dolore e l' addolorabilità, ma questi sintomi sono di breve durata e la inferma torna ben presto nelle condizioni di prima: questo stato di cose può protrarsi in lungo per mesi ed anni portando con sè conseguenze ed esiti che vedremo fra breve.

Diagnosi differenziale. — Ho detto fin dapprincipio che non dovevasi confondere la parametrite con la perimetrite, poichè la prima consiste in un'affezione infiammatoria del cellulare parauterino, con la seconda si vuol significare un' infiammazione del peritoneo ricoprente gli organi pelvici. Però fino ad oggi e tuttora le due malattie si sono confuse, e sono stati adoperati indifferente i due nomi per significare una infiammazione dei tessuti od organi adiacenti all' utero; sarà bene quindi vedere se e su quali segni si possa basare una differenza diagnostica tra parametrite e perimetrite. Questa al pari della prima è malattia frequentissima nella donna, anzi più frequente, tanto che di essa si potrebbe dire quel che Hart e Barlbour dissero della parametrite, che cioè è difficile aprire un cadavere di donna senza trovarvi i resti di una peritonite parziale interessante il peritoneo che ricuopre l'utero. Essa incorre

di fatti frequentissima all'epoca mestruale, in seguito ad affezioni uterine o degli annessi, ad operazioni sugli organi genitali o al puerperio e può come la parametrite avere decorso acuto o cronico. Senza esporre qui i sintomi con i quali si manifesta la perimetrite, mi basta accennare quali sono i segni per i quali si differenzia da una pelvi cellulite. La perimetrite o peritonite pelvica occupa generalmente tutto il peritoneo ricoprente l'utero ed annessi, non sempre è di natura settica, dà dei dolori fortissimi, non si ha una tumefazione distinta intorno all'utero, i fornici vaginali sono liberi, non si estende mai ai ligamenti o alle fosse iliache, l'utero è fisso o sè mobile lo è dal basso all'alto, si hanno frequenti vomiti, spesso delirio, disturbi vescicali, diarrea. Oltre a ciò si ha un rapido dimagramento, gli occhi sono cinti da un alone bluastro ed è comune l'amenorrea nella perimetrite. Nella parametrite invece si tratta di un'affezione infiammatoria del cellulare pelvico, e si chiama pelvi-cellulite quando l'infiammazione si estende al di là del cellulare, che è proprio a ridosso dell'utero, senza interessare il peritoneo; l'affezione è generalmente unilaterale, di natura settica, non dà dolori così forti come la perimetrite, si apprezza un tumore occupante uno solo dei fornici vaginali, tanto da far apparire più corto il collo uterino dal lato in cui ha sede la malattia; l'utero, sebbene abbia perso della sua mobilità, pure si può smuovere lateralmente, i vomiti sono meno frequenti, stipsi più facile della diarrea. Avendo però così brevemente accennate le differenze diagnostiche fra peri e parametrite non voglio escludere che questa non possa essere accompagnata da una pelviperitonite, che anzi spesso l'accompagna, e i sintomi dei due stati morbosi si confondono talmente, che diagnosi e cura si devono basare solo sui sintomi che prevalgono.

La parametrite non può confondersi soltanto con la perimetrite, ma ancora con altre malattie quali tumori fibrosi, ematoceli, epiteliomi. Però sarà più facile una diagnosi differenziale con questi morbi di quello che non lo sia con la peritonite pelvica. Difatti mentre l'essudato parametritico porta sempre con sè addolorabilità della parte, immobilità del tumore e dell'utero, spesso febbre, ed è intimamente connesso con l'utero stesso, i fibromi sono indolenti, anche alla pressione si muovono liberamente nella cavità pelvica ed in massa con l'utero, danno quasi mai febbre, o se si ha ipertermia questa non è preceduta dal brivido. L'ema-

tocele ha pure delle differenze spiccate dal tumore parametritico; esso insorge istantaneamente accompagnato dalla mestruazione o da emorragia uterina, è generalmente retrouterino, è accompagnato da febbre; mentre che l'essudato parametrico non è accompagnato da metrorragia, non porta un rapido indebolimento generale e fin dal suo insorgere si palesa in forma di una massa piuttosto resistente, e diviene solo molle e fluttuante quando tende alla suppurazione. I residui di ematocele di vecchia data si confondono più facilmente con un essudato parametritico, ma la anamnesi chiarirà ogni dubbio. Più difficile è forse differenziare un essudato parametritico da una invasione epiteliale del tessuto cellulare parauterino (1), ma in questi casi più che altro gioverà

---

(1) A questo proposito mi piace riportare un'osservazione, che dimostrerà quanto talune volte sia difficile la diagnosi di parametrite genuina. Il 5 maggio 1884 veniva accolta in clinica, M. C., di anni 50, vedova, IIIpara, Dalla storia anamnestica si rileva che cinque o sei anni sono si ricoverò all'ospedale per un forte dolore alla regione iliaca destra ed ipogastrica accompagnato da febbre, occorso durante una sospensione menstrua, fu curata con sanguisugi al basso ventre e dopo due mesi ne uscì guarita. Cinque mesi or sono durante l'epoca mestruale cadde dall'alto battendo il sacro, ne seguì forte dolore alla regione sacrale e in fondo alla pelvi un senso di peso. Però non curò il dolore e seguitò ad accudire alle sue faccende: intanto il dolore alla regione sacrale era scomparso, ma era aumentato il dolore pelvico e specialmente a destra tanto da inceppare e rendere dolorosa deambulazione, le defecazioni si facevano difficilmente e con dolore, la mizione era accompagnata da forte bruciore e si compieva interrottamente. Esaminata la donna si trova in condizioni generali assai buone. L'esame dei visceri extragenitali è negativo. Il ventre di forma regolare è trattabile in tutto il suo ambito, resistente alla fossa iliaca destra, dolente leggermente dappertutto più dolente a destra. L'esame digito-vaginale dà i seguenti risultati: Vagina liscia; attraverso i fornici anteriore e laterale destro si avverte una resistenza molto marcata dei parametri, tale resistenza anteriormente passa di poco la linea mediana, è dolente: il collo uterino è piccolo, immobile, i fornici sinistro e posteriore sono liberi. Si fa diagnosi di parametrite destra e si fa consistere la cura in ricostituenti, riposo, irrigazioni vaginali calde con acqua di Castrocaro ed un vescicatorio alla regione iliaca destra. — Durante i primi 18 giorni la temperatura oscillò fra i 37°,5 e 39,4. Il giorno 23 e 24 fu completamente apirettica, era scomparso il dolore iliaco e si sperava potere fare alzare fra breve la donna, quando il 25 ad ore 3 pom. ad un tratto la donna fu colta da sincope e morì nello spazio di cinque minuti.

Alla necroscopia, oltre a delle placche cancerose disseminate alla dura madre, ai polmoni, al fegato, si trovò che il legamento largo di destra era molto aumentato di volume per essere occupato da un tumore di natura cancerosa, che arrivava fino a livello dello stretto superiore e che si continuava con la vescica.

l'anamnesi, e l'esame diretto del collo uterino, sede da cui generalmente insorgono gli epiteliomi, e si presenta duro, con dei rilievi nodosi, o ulcerato, sanguigna facilmente, dippiù alla palpazione non si esacerba il dolore, che sopraggiunge specialmente la notte, mentre è continuo nella parametrite. Non credo opportuno far cenno della diagnosi differenziale fra parametrite e gravidanza extra-uterina, o retroversione e retroflessione uterina, o tumore fecale o ascessi pelvici da carie delle vertebre, o delle ossa iliache poichè l'anamnesi e l'esame diretto chiariranno più che sufficientemente a qual criterio diagnostico ci si debba attenere. Così nella gravidanza extrauterina, si ha amenorrea, ingrossamento dell'utero, ipertrofia mammaria, e gli altri segni di una gravidanza mormale, l'incremento graduale del tumore, apiressia fenomeni mancanti nella parametrite. L'esame digitale e la sonda darà facilmente la diagnosi di una retroversione o retroflessione, l'esame rettale chiarirà un tumore fecale ponendo fuori di campo una parametrite; l'anamnesi e i sintomi che accompagnano una carie vertebrale o delle ossa iliache proveranno in certi casi trattarsi di un ascesso pelvico dovuto a quelle cause anzichè ad una parametrite suppurata.

Prognosi. — La prognosi varia sempre a seconda si tratti di una parametrite acuta e cronica. Però è sempre bene fare prognosi riservata sia quanto alla durata, sia quanto all'esito finale. Se la pelvi cellulite sarà acuta, di recente data si potrà più probabilmente fare una prognosi fausta quanto a durata ed esito della malattia, poichè l'assorbimento di un essudato giovane è più lesto e più facile di quello che non lo sia di uno vecchio, a meno che nei primo non vi sia compartecipazione peritoneale. Però questa manca generalmente e vale quel che dice il Dr. Bourneville nell'*Année medicale*, 1882 « Ces inflammations circumutérines constituent des affections relativement bénigues et cela parce que le péritoine est respecté. » Del resto la prognosi è subordinata a molte altre cause, poichè è difficile prevedere l'andamento, le complicazioni di una parametrite, la cui entità varia da caso a caso e da malata a malata. Il caso più frequente è il riassorbimento dell'essudato parametritico dopo mesi ed anni, o la sua riduzione a minime proporzioni, che però sono sempre un focolaio di probabile riattività e quindi la malata incorre nuovamente in tutti i pericoli di una pelvi cellulite acuta. Altra volta, e non ne sono rari gli esempi, la parametrite si estende or qua or là negli strati subpe-

ritoneali, e dando luogo a degli ascessi modificano grandemente la prognosi a seconda del dove si fa l'apertura dell'ascesso sia spontaneamente sia artificialmente. Se l'apertura si fa all'esterno o nella vagina la prognosi sarà anzi buona che cattiva, salvo il caso di un esaurimento della malata per le perdite prodotte dalla continua formazione possibile di pus nella cavità dell'ascesso, cui però si può ovviare con conveniente cura; se l'apertura si fa nell'intestino (colon o retto) la prognosi sarà più spesso riservata per la esauriente ed infrenabile diarrea cui tien dietro questo esito della parametrite. Assolutamente infausta è la prognosi di un ascesso pelvico che si faccia strada nel cavo peritoneale. Oltre a ciò i rischi di una setticemia o embolismo. Nè la prognosi si deve limitare soltanto al quoad vitam, ma interessa anche particolarmente l'apparato genitale intiero; difatti per una parametrite è facile successione la sterilità, disturbi funzionali e simili.

Decorso della malattia. — Il decorso della malattia come già abbiamo visto può essere rapido portando ad una guarigione completa od a morte talune volte istantanea per apertura dell'ascesso nel peritoneo, o può essere lento e lungo portando a guarigione dopo molto tempo dacchè la malattia è insorta ed ha seguito i suoi diversi stadi, o a morte per consunzione o tubercolosi.

Nelle parametriti a decorso rapido la malattia si risolve nello spazio di 15 o 20 giorni senza lasciar traccia di essudato, in quelle a decorso lento e cronico lo stato di benessere e di salute apparente si alterna con qnella di malessere, la malata di tanto in tanto è colta da febbre che accenna ad una riacutizzazione od a una invasione ulteriore del processo infiammatorio.

In questi casi è più facile l'esito per formazione di ascesso e di suppurazione. Gli ascessi, che possono derivare da una parametrite, occupano diverse sedi nel piccolo bacino, ed a seconda di queste diverse sedi, prendono nomi differenti, e il loro esito e la cura variano. L'ascesso si può formare nel cellulare più vicino all'utero, allora si avrà manifesta la fluttuazione per mezzo del solo esame vaginale, e può essere laterale, posteriore o anteriore, più o meno in alto, cosicchè l'apertura spontanea può occorrere nella vagina, nell'utero, nel retto o nella vescica; l'ascesso (avendo la parametrite invaso terreno e dal cellulare parauterino essendosi estesa al cellulare del legamento largo) può farsi nella regione stessa del ligamento largo ed allora si chiama

flemmone del ligamento largo, avendo per esito la apertura dell'ascesso o all'esterno o nell'intestino o nel peritoneo, l'invasione del processo infiammatorio può oltrepassare la linea innominata ed allora si ha l'ascesso iliaco, che spesso simula una psoite per la compressione che esercita sullo psoas, e che obbliga l'arto inferiore nella flessione e nell'adduzione, l'esito di questi ascessi pelvici è difficilmente per apertura allo esterno attraverso le pareti addominali; però talune volte il pus scorrendo lungo la guaina della psoas si fa strada all'esterno all'inserzione inferiore del muscolo stesso nella regione interna della coscia, tanto da simulare un ascesso idiopatico dello psoas, o dovuto a carie vertebrale. Se dunque poniamo mente al decorso di una cellulite pelvica, quale talvolta si osserva, possiamo renderci facilmente ragione di molti casi in cui ci si presenta un ascesso iliaco del quale non conosciamo il decorso, e che studiato ed osservato minutamente dovremo riportare ad una pregressa parametrite arrivata al suo ultimo stadio di evoluzione.

Cura. — Esposto così brevemente la natura di una parametrite, il suo decorso esito e prognosi si domanda naturalmente quale la cura. A questa domanda però non si può rispondere la cura di una parametrite è questa o quest'altra, ma dobbiamo contentarci di prescrivere una cura separata per ogni stadio in cui la malattia è giunta. Abbiamo visto difatti quando diverso possa essere l'andamento della malattia in discorso. Gioverà sempre ricordarsi quello che ha detto Auger, cioè che i così detti flemmoni delle fosse iliache e del ligamento largo non sono altro che varietà di una stessa affezione (parametrite); ma non per questo dovremo curare una delle dette varietà, con gli stessi principii che valgono per una parametrite recente od originaria. La nostra condotta deve quindi variare a seconda di ogni caso.

Non credo necessario estendermi sulla profilassi della pelvi cellulite; mi basti ricordare che questa consiste nelle cure antisettiche, che si devono avere durante il parto o durante una manualità operatoria sulla vagina o sull'utero, prevenire quanto più si può l'assorbimento di materiali infeziosi, non fare alzare troppo presto le puerpere, non abusare dei rapporti sessuali, seguire una buona igiene nei periodi mestruali.

Quando però una parametrite è insorta si presentano diverse indicazioni da soddisfare, sia dessa acuta o cronica. Mi piace però anzi tutto riportare quel che il Dott. Frascani, già medico assi-

stente della Clinica ostetrica fiorentina, in una nota clinica « intorno alla questione del ciclo patologico e del nullismo farmaceutico in alcuni processi puerperali » aveva detto circa alla parametrite, che cioè hanno un decorso di circa 15 giorni, durante i quali si osservano oscillazioni termiche marcatissime che da 41° scendono fino alla normale, per poi toccare la defervescenza e mantenervisi ora per lisi, ora per crisi, e che in questi casi gli antipirettici farmaceutici, compreso il chinino, sono impotenti.

Nell' affezione acuta o cronica è primissima indicazione il riposo assoluto in posizione orizzontale, quindi dovremo por mente a combattere l' infiammazione ed il dolore, fare in modo che l'essudato formatosi si riassorba, impedire che l'affezione si diffonda agli organi vicini, favorire l'uscita del pus quando sia formato un ascesso. Per soddisfare l' indicazione antiflogistica e combattere il dolore sono stati consigliati dalla massima parte degli autori i sanguisugi fatti con l' applicazione di 8 a 12 mignatte sia nei fornici vaginali quale punto viciniore al focolaio flogistico, sia esternamente sulle pareti addominali; altri hanno addirittura consigliato il salasso generale; altri infine raccomandano unicamente le vesciche di ghiaccio dalle pareti addominali; nei casi da me osservati ho visto trar grandissimo giovamento dalla applicazione delle vesciche di ghiaccio, continuata per più tempo, riposo assoluto per 8 o 10 giorni; o dell'applicazione di cataplasmi caldo-umidi fatti con pannolani imbevuti nell' acqua calda o con farina di seme di lino. Se il dolore è forte ed intollerabile, si dà un poco di oppio internamente o si fa un'iniezione ipodermica con morfina, che avranno in questi casi il doppio scopo di agire come antispasmodici e di tenere in riposo l' intestino nei primi giorni di malattia. Però quando sia necessario evacuare l'alveolo si faccia con clisteri acquosi o con purganti blandi, non mai con drastici, i quali nonchè impedire il riassorbimento di un essudato formatosi nelle vicinanze dell' intestino spesso per loro stessi sono causa di una riaccenzione della flogosi pelvica.

Come risolventi ed allo scopo di favorire il riassorbimento dell'essudato sono da consigliarsi i rivulsivi esterni ed interni (per via della vagina). Per la rivulsione esterna si fa uso dei comuni vescicatori se l' essudato non è molto abbondante, è giovane, piuttosto molle; quando invece l'essudato è di vecchia data, abbondante e duro, si fa uso di rivulsivi più potenti, quali sono la

polvere di Vienna o le causticazioni col ferro rovente sulla parete addominale; l' infiammazione prodotta così in questa sede porta una maggiore attività nell' essudato, che acquista nuovamente le proprietà di un essudato giovane e come tale può più facilmente essere assorbito. Contemporaneamente agli epispastici usati esternamente, è utile provocare una attività reattiva sull'essudato per la via della vagina, e non potendosi quivi applicare i comuni rivulsivi, si ricorre ad irrigazioni con acqua calda semplice, che da sè stessa eccita il ricambio locale, o con acque medicamentose come possono essere le acque di Castrocaro.

Da altri fu consigliato l' iodio sia esternamente in forma specialmente sulla parete addominale o sulle pareti vaginali sia internamente, col preparato di potassio, ma mentre si può ottenere un benefico effetto dall'uso dell'ioduro potassico perchè favorendo il ricambio materiale di tutto l'organismo agevola naturalmente anche quello locale e quindi il riassorbimento di un essudato, non credo si debba avere grande fiducia nell' uso esterno degli altri preparati iodici, poichè per questa via è difficile l' assorbimento del iodio e perchè dopo la prima applicazione la leggera escara che si forma impedisce l' azione benefica di una nuova applicazione, e se fu vantata da qualcheduno la virtù di questo medicamento non si sa se veramente i buoni risultati ottenuti si debbano ad esso attribuire, od altre cure che furono fatte contemporaneamente, come si usa nella Clinica di Praga dove i preparati iodici sulle pareti addominali e per la vagina erano usati contemporaneamente, ad irrigazioni vaginali calde e cataplasmi sull'addome.

Quando la parametrite ha per esito la suppurazione si deve cambiare totalmente la condotta curativa. Poichè è raro il caso che la suppurazione sia l' esito di una parametrite di recente, poichè quindi i fenomeni infiammatori non sono tanto imponenti da indicare un energico antiflogistico, questa prima indicazione non c'è, e tutta la cura si limita a fare sparire l'essudato non più per riassorbimento ma per uscita all'esterno del pus che già si è formato e che può continuare a farsi nel focolaio purulento.

La febbre generalmente non alta che accompagna questa formazione scompare con l'uscita del pus. È stata messa in campo la quistione se sia più conveniente aspettare che il pus spontaneamente si liberi dalla cavità dell' ascesso, o se convenga più intervenire sollecitamente con un'apertura artificiale. Io ritengo

che quando si dubiti di un piccolo focolaio purulento compreso in una massa di essudato ancora rigido, sia giustificata l' aspettazione, poichè l'assorbimento spontaneo può avere ancora luogo, ma quando si è sicuri che l'ascesso non si limita ad una piccola parte, che va acquistando sempre terreno, è assolutamente indicato intervenire con l'arte per ovviare ad aperture spontanee in organi importanti quali il peritoneo, l' intestino o la vescica esiti che sono quasi sempre seguiti da morte. Bisogna in questi casi intervenire prontamente poichè, quand'anche il decorso fosse favorevole e l'apertura spontanea si facesse allo esterno, ciò nondimeno per l'accrescersi dell'ascesso, per il suo accostarsi semplicemente ad organi vicini può portare delle infiammazioni per contatto come una peritonite lenta o acuta, o una flebite. L'altra indicazione che indica un pronto concorso del chirurgo è la febbre che tormenta le povere malate di cellulite pelvica suppurata, non è febbre imponente per la sua temperatura che difficilmente supera i 38°,5 o i 39, ma deve dare a pensare per il suo decorso tisiforme, avendo remissione mattutine, accensioni serali accompagnata la notte da sudori profusi, e portante la malata ad un celere deperimento, tanto da simulare, ove non si abbia contezza della malattia locale, una tisi galoppante.

Vediamo ora quali sono i casi in cui più favorevolmente si deve fare l' apertura artificiale. Dicendo poi innanzi che se l'apertura spontanea dell'ascesso avveniva nel peritoneo, questa è sempre seguita da morte, non credo necessario avvertire che bisogna essere molto cauti nel praticare l' incisione, in qualunque parte essa si faccia, onde non ledere il peritoneo stesso, dicevo inoltre che le aperture spontanee hanno prognosi grave se avvengono nell'intestino e specialmente quanto più in alto si fanno, quindi sarà possibilmente da rifuggire da una evacuazione dell'ascesso attraverso il retto e non vi si ricorrerà altro che quando l'apertura per la parete addominale o vaginale porti grave difficoltà operativa, quale potrebbe essere la profondità della borsa purulenta, in modo da essere molto lontana dalla superficie addominale o dalla parete vaginale. Quando dunque si debba ricorrere all'apertura per la via dello intestino, è bene svuotare l'ascesso con una puntura dell'ago aspiratore, in modo che non si abbia una larga breccia attraverso la quale potrebbero passare le sostanze fecali e difficoltare la guarigione più o meno pronta dell'ascesso. Fatta la puntura con l'ago se ne aspira tutto il conte-

tenuto marcioso, e si fa seguire da una lavatura disinfettante e leggermente astringente o caustica in modo da distruggere le granulazioni esistenti e provocare una granulazione reattiva di bpona natura. L'apertura praticata generalmente non si richiude e lascia scolare del pus di nuova formazione; si può introdurre un tubo a drenaggio fine, e lasciando l' intestino in riposo, fare la pulizia quotidiana della cavità dell' ascesso. Preferibile certamente all'apertura per il retto, è l' apertura per la vagina, sia perchè in generale qui è da aprire minor quantità di tessuti, sia perchè si può molto più proficuamente fare la pulizia della cavità. Per fare la incisione attraverso la parete vaginale, si fa uso di uno speculo comune bivolve o meglio ancora ci si serve dello speculo di Sims; introdotto questo in vagina si incide dall' indietro all'avanti la parete vaginale, praticando un'apertura piuttosto lunga con un bisturì comune, si vuota la cavità dell'ascesso e si lava con una soluzione disinfettante, quindi si mette un tubo a drenaggio, che si lascia in sito per permettere lo scolo del pus.

Quando l'ascesso sia molto grande, un poco lontano dalla vagina, che occupi una delle fosse iliache, si pratica l'apertura attraverso le pareti addominali, e allora bisogna essere ben guardinghi a non ledere il peritoneo che in quel punto, abbiamo visto, vicino alla linea innominata forma una ripiegatura e di orizzontale che era in basso decorre verticalmente in alto. Se l'ascesso è molto superficiale, ci se ne accorge facilmente per un forte arrossamento della pelle e per un rigonfiamento; allora si può col bisturì o con una lancetta incidere liberamente; ma se tra l'ascesso e la parete addominale, esiste ancora una certa quantità di tessuto, allora sarà bene incidere strato per strato fino cavità dell'ascesso. Questa incisione si deve fare al disopra ed esternamente al ligamento del Poupart fare un'apertura piuttosto estesa perchè non si richiuda troppo presto, introdurre un grosso tubo a drenaggio, permettendosi così una rigorosa medicatura antisettica.

Nei rarissimi casi in cui la strada seguita dal pus per formare l'ascesso fosse lungo la psoas o attraverso il foro otturatore, si opererà in modo da avere un'apertura inferiore, e con un lungo trequarti si farà una apertura pure al punto più alto dell'ascesso.

Quando poi la parametrite sia passata allo stadio d'indurimento

permanente, potendosi questa considerare come un tumore fibroso, se ne potrà fare l'estirpazione quando essa portasse dei disordini troppo forti alla malata.

Osservazione 1.ª

M. M., d'anni 19, nubile, attendente a casa, nullipara, accolta in clinica il dì 16 gennaio 1883, da nove mesi accusa dei dolori all'epigastrio e senso di peso in fondo al ventre. Mestruazioni dolorose sempre regolari per periodo, durata, qualità e quantità. Si fa diagnosi di leggera metrite e parametrite. Si cura con sanguisugi esternamente alle fosse iliache, vescicatori, riposo e ricostituenti. Parte completamente guarita il 21 febbraio. Sempre stata apirettica.

Osservazione 2.ª

A. N., d'anni 29, maritata, attendente a casa, IIpara, accolta in clinica il dì 13 febbraio 1883. Ha partorito il 6 gennaio 1883 un feto di 8 mesi. Fin dai primi giorni di quest'ultima gravidanza ebbe a soffrire di un dolore, che aveva sede nel quadrante inferiore destro addominale, che la costringeva a flettere la coscia destra ed addurla sulla sinistra, non ha mai avvertita intumescenza. Deambulazione non impedita. Si sgravò senza disturbi, ma al quinto giorno di puerperio aumentò il dolore nella sede già detta, accompagnato da febbre prima preceduta da brivido. Ammessa in clinica col riscontro digitale si percepisce una resistenza profonda, mobile, elastica nel fornice destro. Si fa diagnosi di flemmone del ligamento largo; la puntura esplorativa dà segni negativi. Applicati dei rivulsivi esterni e prescritto il riposo la malata abbandona la clinica perfettamente guarita il 21 marzo 1883.

Osservazione 3.ª

M. P., di anni 26, coniugata, è stata accolta in clinica il 24 marzo. Ha avuto due gravidanze, l'ultima delle quali terminata con aborto nel gennaio 1882. Da quell'epoca in poi datano le sue sofferenze, cominciate con dolori all'ipogastrio esacerbantisi alla pressione, e che avevano dei periodi di sosta da 10 a 15 giorni. Al riscontro vaginale si apprezza la fissità del globo uterino, e nel fornice laterale sinistro ed anche un po' posteriormente verso destra una intumescenza. Si fa diagnosi di essudato parametrico. Si prescrivono bagni alcalini e ir-

rigazioni prolungate, sanguisugio sul collo uterino e vescicatori alla regione ipogastrica. Cura ricostituente. Il decorso è apirettico, una sera solamente in 33ª giornata temperatura 40⁰. Il 28 aprile la donna abbandona volontariamente la clinica. L'esteso essudato era quasi completamente risoluto.

Osservazione 4.ª

F. P., d'anni 29, coniugata, accolta in clinica addì 12 aprile fa 1883 rimontare al 1878 le sue sofferenze. In quell'anno abortì al 40⁰ giorno di gravidanza, ebbe abbondanti metrorragie per un mese seguite quindi da dolori, che non l'abbandonarono fino al suo ricoverarsi nell'ospizio. Questi dolori sono diffusi a tutta la zona sottombelicale, più intensi nella fosaa iliaca sinistra esacerbantisi alla pressione ed alle respirazioni forzate. Esaminata la donna al riscontro vaginale si sente che la vagina è accorciata, il fondo vaginale abbassato, ed al fornice un cercine duro, appiattito che fissa il collo uterino. Si fa diagnosi di parametrite generale e si prescrivono irrigazioni calde e vescicatorii alla regione ipogastrica. La malattia decorre apirettica e la donna parte volontaria il 23 aprile in buonissime condizioni.

Osservazione 5.ª

C. G., d'anni 27, coniugata, Vpara, ammessa in clinica il dì 21 aprile 1883 fa rimontare le sue doglie all'ultimo parto occorso il 31 marzo 1883. Si alzò al terzo giorno di puerperio, ma fu costretta riprendere il letto per forte febbre e dolori comparsi nella fossa iliaca destra. Durata la febbre alcuni giorni, persistendo i dolori si ricovera in clinica. Alla palpazione addominale si sente nella fossa iliaca destra e nella regione soprapubica una intumescenza irregolare e molto dolente alla pressione, al riscontro vaginale si sente il fornice vaginale anteriore e laterale destro disteso ed occupato da una intumescenza dura ed irregolare. L'utero è fisso. Si diagnostica parametrite antero-laterale destra e si consiglia riposo assoluto nella posizione orizzontale. La donna si sente tanto migliorata dopo 5 giorni che abbandona volontariamente la clinica. — L'essudato è solamente diminuito un poco.

Osservazione 6.ª

A. C., d'anni 28, nubile, ha avuto una gravidanza seguita da parto naturale a termine nel 1879. Nel dicembre 1882 cominciò ad avere

uno stillicidio sanguigno dei genitali, poco dipoi insorsero dei dolori alla fossa iliaca sinistra accompagnati da febbre. Fece uso di irrigazioni calde e dopo due mesi cessarono le perdite, non i dolori che andarono sempre aumentando, talchè la deambulazione ne era impedita per impossibilità di flettere la coscia sinistra sul bacino. Per questi dolori si ricoverò nella Maternità il 23 giugno 1883. Colla palpazione addominale si avverte nella fossa iliaca sinistra una intumescenza grossa quasi quanto una testa fetale, irregolare, dura, dolente alla pressione. Colla esplorazione digitale si conferma l'esistenza di una intumescenza attraverso il fornice vaginale sinistro, nella fossa iliaca. Si diagnostica un essudato parametrico e si prescrive riposo e cura ferruginosa. Essendosi ripetute delle metrorragie si fanno due iniezioni endouterine di tintura di iodio. Nessun rivulsivo locale nè generale contro l'essudato parametrico che è del tutto scomparso quando l'ammalata abbandona la clinica il dì 2 agosto 1883.

Osservazione 7.ª

E. B., d'anni 27, IIpara, ha partorito l'ultima volta il dì 12 marzo. Venti giorni dopo il parto fu colta da un forte brivido cui tenne dietro febbre assai elevata. Contemporaneamente cominciò un forte dolore alla fosse iliaca sinistra; scomparve la febbre ma continuarono il dolore ed un senso di peso in fondo al ventre tantochè ne era impedita la deambulazione. Per queste sofferenze si ricovera nella clinica ginecologica addì 27 giugno 1883. Alla palpazione del ventre si avverte all'ipogastrio e nella fossa iliaca sinistra un grosso tumore, duro, dolente alla pressione; ed al riscontro vaginale si avverte essere l'utero fisso, e confuso con la grossa intumescenza che si avvertiva con la palpazione addominale. Diagnosticato un voluminoso essudato da parametrite si prescrivono iniezioni vaginali quotidiane con acqua salsoiodica di Castrocaro, applicazione di tre cauteri con la polvere di Vienna in corrispondenza della fossa iliaca sinistra, e internamente ioduro di potassio. Il tumore va man mano risolvendosi ed il dì 11 agosto la donna può abbandonare l'Ospizio completamente guarita. Il decorso nel soggiorno in clinica fu del tutto apirettico.

Osservazione 8.ª

A. M., d'anni 31, coniugata, IIIpara, viene accolta in clinica il 18 giugno per tumore della fossa iliaca sinistra. Esaminata la donna si

riscontra l'esistenza di un essudato parametrico sinistro, unitamente a fibroma uterino. Si applica un vescicatorio all'ipogastrio, si fanno irrigazioni ipodermiche di cloridrato di morfina contro i dolori; cessati questi la donna abbandona la clinica e alla partenza si trova scomparso il tumore essudativo, l'utero sempre grosso per il fibroma interstiziale. Questo il 2 settembre 1883.

Osservazione 9.ª

C. P., d'anni 40, coniugata, attendente a casa, è Xpara, ha abortito nell'agosto 1883 e si è ricoverata il dì 21 settembre per fortissimi dolori al basso ventre specialmente a sinistra, accompagnati da stitichezza e dolore nell'emissione dell'orina. Al riscontro si percepisce una massa dura in corrispondenza del ligamento largo destro. Si diagnostica una perimetrite e parametrite in corrispondenza del legamento destro in seguito ad aborto. Il decorso è febbrile nei primi 16 giorni di malattia, apirettico quindi fino a guarigione. Si ordina assoluto riposo in posizione orizzontale, applicazioni fredde poi calde sull'addome, vescicante alla fossa iliaca destra. La malata lascia la clinica il dì 8 novembre 1883 completamente guarita e senza aver traccia di essudato parametrico.

Osservazione 10.ª

C. M., d'anni 27, nubile, IIIpara, viene ammessa nella clinica ginecologica il dì 29 settembre 1883. In seguito ad un viaggio a cavallo fatto nel secondo giorno di puerperio dopo il secondo parto nel 1875 ebbe un prolasso uterino, dopo il terzo puerperio nel 1876 fu colta da forti dolori all'ipogastrio irradiantisi alle regioni lombari e lungo le coscie. Questi dolori durano tuttora non accompagnati da febbre; al riscontro si trova l'utero di volume normale, ma meno mobile, oltredichè si apprezzano dei residui di essudato parametrico dietro la cavità cotiloidea sinistra e sul lato destro, tanto da giustificare la diagnosi di residui di parametrite anulare. Fatta una conveniente cura ricostituente con arsenico e ferro e prescritto il riposo assoluto la malata può sortire guarita il dì 30 novembre.

Osservazione 11.ª

O. B., d'anni 26, coniugata, ha avuto sei gravidanze, due terminate con parto a termine, tre con aborto, e una con parto prematuro che

risale al 1876 e che fu il primo. D'allora in poi la donna non è stata più bene poichè ad intervalli di tempo più o meno lunghi ebbe a soffrire di dolori che si manifestavano con senso di peso e di stiramento in fondo alla pelvi; alcuni giorni dopo il parto contemporaneamente a questi dolori, la O. si accorse di una tumefazione alla fossa iliaca sinistra, resistente, dolente spontaneamente. Si curò con astringenti interni, iniezioni vaginali astringenti, semicupi tiepidi e iniezioni esternamente alla regione iliaca con pomata di belladonna. I dolori nè la tumefazione scomparvero, malgrado le cure, e restò incinta altre cinque volte, ogni gravidanza essendo accompagnata da dolori acutissimi nella regione iliaca sinistra e lombare. L'esito di queste cinque gravidanze furono due parti a termine e tre aborti. I puerperi decorsero assai bene in seguito ai parti, accompagnati però dai soliti dolori diffusi a tutto il fondo pelvico; quelli che seguirono gli aborti decorsero con assai rilevanti emorragie e febbre L'ultimo aborto a due mesi e mezzo di gravidanza fu alla metà di settembre del 1883. Gli tennero dietro perdite di sangue, che duravano circa un mese e mezzo, accompagnate da dolori in fondo alla pelvi. E per curarsi di questi dolori che si è ricoverata in clinica ginecologica il 26 novembre 1883. Esaminata la donna, si trova il ventre trattabile in tutta la sua estensione, eccetto nella fossa iliaca sinistra, dove è addolorabile, e dove si avverte una intumescenza piuttosto resistente; la palpazione è pure dolorosa a destra ma non avverte alterazione di sorta. Al riscontro si apprezza il fornice vaginale destro libero, resistente il sinistro e più dolente del destro, fino anteriormente in alto. Collo speculum si avverte una endometrite cervicale, inoltre si diagnostica una parametrite sinistra. In base a questa diagnosi si prescrive assoluto riposo, doccia fredda pelvica ogni giorno e irrigazioni calde con acqua di Castrocaro. Questa cura si continua per 22 giorni con decorso del tutto apirettico; la donna non sentendosi più sofferente abbandona la clinica il 17 dì dicembre, non avendo che un piccolo residuo della parametrite sofferta, e liberata dai dolori pei quali si era ricoverata.

Osservazione 12.ª

F. P., d'anni 27, Vpara, si è ricoverata in clinica ginecologica addì 9 novembre 1883. Essa racconta come dopo il suo ultimo parto, che fu nel settembre, fosse presa nel secondo giorno di puerperio da fortissimi dolori nella fossa iliaca sinistra, accompagnati da febbre non elevata però; i dolori a poco a poco andarono estendendosi a tutto

l'arto sinistro e l'obbligarono in una flessione ed un'adduzione continua; contemporaneamente a questi fenomeni ebbe difficoltà nella mizione e le defecazioni si fecero rare e difficoltose. Alla palpazione addominale si ha manifesta la sensazione della esistenza di un tumore nella fossa iliaca sinistra, al riscontro vaginale, si nota un essudato esteso in tutta la fossa iliaca sinistra, utero fisso; è impossibile l'estensione dell'arto inferiore sinistro senza risvegliare forti dolori nella fossa iliaca del medesimo lato. Fatta diagnosi di essudato da parametrite pregressa la condotta terapeutica fu fatta in modo da tentare il riassorbimento dell'essudato medesimo. Estensione continua dell'arto sinistro, applicazioni di vescicatori sull'addome alla sede del tumore, non giovando questi, cauteri esterni addominali con la pasta di Vienna, irrigazioni vaginali con acqua di Castrocaro e internamente ioduro potassico oltre una cura ricostituente ferruginosa. Con tutto ciò non si modifica per niente l'essudato quanto ad avversene il riassorbimento e verso gli ultimi di dicembre comparisce una leggera febbre quotidiana serale, segno che l'essudato subiva l'esito per suppurazione, difatti il tumore si era fatto fluttuante e fu aperto il 2 gennaio con una lunga apertura alla regione inguinale dando sfogo a circa due litri di pus. Medicatura rigorosamente listeriana. Con l'apertura dell'ascesso sparì la febbre, la malata andò riacquistando di giorno in giorno appetito e forze e potè abbandonare l'Ospizio completamente guarita il 9 marzo 1884.

Osservazione 13.ª

M. R., d'anni 27, maritata, IIIpara, di due parti a termine ed un aborto tre anni e mezzo fa, venne accolta in clinica il dì 14 dicembre 1883. Nel settembre dello stesso anno la ricorrenza mestruale fu più scarsa nel solito, e la donna fu colta da intensi dolori nel fondo della pelvi, ai lombi, e nella parte interna delle coscie; l'assalse contemporaneamente un forte brivido di freddo che l'obbligò in letto dove rimase per qualche giorno disturbata da forti dolori. Quando si levò non era ancora apirettica i dolori la costrinsero nuovamente in letto; la ricorrenza che seguì a quella già notata anticipò di alcuni giorni e fu più abbondante del solito, ma non ne ebbe a soffrire male di sorta. Però non erano spariti i dolori già prima esistenti ed è per questi che si riduce in clinica. La defecazione dal cominciare della malattia è alquanto stentata, leggera iscuria; al riscontro si apprezza una resistenza nel fornice vaginale di sinistra che è alquanto più basso del

destro, e dolente, il collo uterino è impicciolito, l' utero immobile. Si diagnostica residui di ematocele retrouterino con parametrite sinistra. Si prescrive riposo assoluto, docce con acqua di Castrocaro, si mette un vescicatorio sulla regione iliaca sinistra, e la malata abbandona la clinica il 29 gennaio 1884 libera dai dolori, avendo riacquistato la normale funzionalità dell'intestino e della vescica, e liberata della parametrite.

Osservazione 14.ª

B. M., d'anni 23, nubile, ha abortito nel febbraio 1883. Fu già nella clinica ginecologica nel giugno 1883 per curarsi di una metrite subacuta con retroversione, non complicate da parametrite e ne uscì volontaria non guarita. Viene ammessa il 4 gennaio 1884 per una nuova malattia comparsa da un mese circa, consistente in forti dolori nella regione uterina e in senso di bruciore nell' orinare e nel defecare. È da notare che la donna abusava molto dei piaceri sessuali, e le sue mestruazioni erano irregolari per epoca e quantità. All' esame obbiettivo si nota la regione addominale molto dolente nella regione soprapubica. Al riscontro vaginale si è notata una forte tumefazione alla parete anteriore della vagina, coll'esplorazione combinata si apprezza manifesto un essudato nel parametrio anteriore. Fatta diagnosi di parametrite anteriore per abuso di coito e disturbi funzionali uterini, la cura prescritta consiste in revulsivi esterni (vescicatori) alla regione sopra pubica, docce vaginali di Castrocaro e riposo assoluto. Dopo 14 giorni di cura sentendosi la donna assai migliorata parta volontaria ma non completamente guarita.

Osservazione 15.ª

R. A., d'anni 28, coniugata, attendente a casa, IIIpara, si è sgravata l'ultima volta nel gennaio 1883. Al secondo giorno di puerperio si alzò per orinare, e rientrata in letto fu colta da forte brivido di freddo cui seguì alta temperatura, insorsero fortissimi dolori alla regione ipogastrica e alle fosse iliache, e la lochiazione si arrestò; con l'uso di cataplasmi caldi sull'addome i lochi ritornarono normali, ma la febbre durò per circa 20 giorni. Dopo un mese e mezzo ebbe il capoparto e stette bene fino al gennaio 1884, però si era accorta di una tumefazione indolente alla regione iliaca destra. Dal gennaio 1884 corrispondentemente alla sede di questa intumescenza ebbe forti dolori

che si dileguarono con l'uso di cataplasmi, ghiaccio, vescicatorio e riposo, stette bene quindi fino alla fine di febbraio, chè allora si rinnovarono i dolori irradiantisi questa volta fino alla natica destra ed al terzo inferiore della coscia del medesimo lato. Fu per curarsi di questo male, che si ricoverò in clinica ginecologica addì 3 marzo 1884. La deambulazione è un poco impedita, nella posizione sacro dorsale l'arto inferiore destro è flesso sul bacino in leggera adduzione, l'ispezione addominale fa notare un rilievo nel quadrante inferiore destro, sopra la piega inguinale; la palpazione non permette di farsi affondando la mano nella fossa iliaca destra che si sente occupata da una massa fluttuante, le glandule superficiali sono un po' ingrossate; la palpazione addominale e sul decorso del nervo sciatico risveglia forti dolori. Al riscontro vaginale si sente la vagina molle, dilatabile; il collo uterino portato in basso a sinistra, il fornice di destra ampliato fa avvertire il parametrio occupato da una massa molle poco circoscrivile. Fatta diagnosi di flemmone della fossa iliaca destra, ammessa la suppurazione, si fa subito un'incisione lunga 3 ctm. sulla linea inguinale destra; ne esce abbondante raccolta di pus denso; si mette un tubo a drenaggio, medicatura Lister. Dopo 6 giorni la ferita era richiusa, ma la sera stessa la donna è presa da un brivido di freddo e temp. 40,4. Fatti certi con questo e con un nuovo esame vaginale che esisteva ancora una raccolta purulenta, si fa una nuova incisione più in alto della prima e più profonda, si penetra difatti in una cavità che lascia sgorgare buona quantità di pus; la cavità è profonda 13 cent. Si medica alla lister, la guarigione procede rapidamente, il 10 aprile la cicatrizzazione è completa e il 20 aprile la donna lascia l'Ospizio senza avere più traccia di essudato parametrico.

Osservazione 16.ª

P. A., d'anni 22, coniugata, sigaraia, Ipara, è stata ammessa in clinica il 22 marzo 1884 per parametrite anulare che dura da tre mesi e mezzo, cioè dal parto in poi che fu nel dicembre 1883. Dalla storia anamnestica si rileva che 10 giorni dopo il parto fu presa da un brivido fortissimo di freddo seguito da alta temperatura. Contemporaneamente, comparve un intenso dolore in corrispondenza della fossa iliaca sinistra, che si dileguò dopo 20 giorni, scomparendo pure la febbre, si alzò allora la malata e potè accudire ai propri interessi, ma nel febbraio fu colta nuovamente da dolore nella fossa iliaca destra, questa volta, e da febbre. D'allora in poi non ha abbandonato il letto finchè

vedendo nessun miglioramento si decide entrare in clinica. Al riscontro vaginale si sente la vagina molto accorciata, il parametrio destro occupato da una massa di consistenza quasi lapidea, che si estende anteriormente e posteriormente fino al parametrio sinistro, che pure è resistente, ma non quanto quello di destra. Si diagnostica una parametrite anulare e si propone una cura tonico ricostituente accompagnata da rivulsivi sull'addome e doccie vaginali con acqua di Castrocaro. Si continua la cura per un mese e mezzo, dopo il qual tempo la P. può abbondonare la clinica completamente guarita.

Potrei accumulare gli esempi e le storie; l'avere riferito questi casi scelti fra gli altri tanti avvenuti ed osservati nello istituto ostetrico ginecologico di Firenze è stato solo a conferma di quanto aveva preceduto e per potere venire a queste principali conclusioni:

1.º La parametrite è malattia assai comune;

2.º È malattia quasi sempre d'origine puerperale e di origine settica;

3.º È di prognosi fausta quando si intervenga prontamente, di prognosi più riservata e qualche volta infausta quando sia trascurata e specialmente quando la parametrite si sia diffusa al punto da diventare una pelvicellulite o flemmone del ligamento largo o ascesso iliaco;

4.º La cura consiste principalmente nella igiene cioè riposo assoluto e ricostituenti, secondariamente nei rivulsivi specialmente locali, vescicatori in genere ed irrigazioni solventi vaginali;

5.º Se la parametrite o uno stadio ulteriore della malattia, reclama l'intervento chirurgico, operare prontamente dovendo sempre temere dalle aperture spontanee dello ascesso formatosi.

LA MACERAZIONE DEL FETO

STUDIATA

IN RELAZIONE ALL'ANDAMENTO DEL PUERPERIO

dal Dott. PAOLO NEGRI

Professore e Direttore della Scuola Pareggiata di Ostetricia in Novara.

Sono trascorsi poco più di cinque anni dall' epoca nella quale ebbi la fortuna di essere stato assunto quale medico secondo assistente alla Scuola di Ostetricia di Milano: tra le altre cose che ebbi campo ed agio di osservare in quella attivissima clinica, vi fu un fatto, sul quale il Professore-Direttore di allora Cav. Domenico Chiara, volentieri richiamava l' attenzione dei medici assistenti, praticanti ed allieve levatrici: l' andamento cioè del puerperio nelle donne che si erano sgravate di feti macerati.

Mi prese allora vaghezza di meglio studiare e precisare l'argomento, e per far ciò raccolsi tutti i casi che mi si offersero alla osservazione durante gli anni 1880-1881-1882 fino all' ottobre: a quest'epoca avendo abbandonato quella clinica per assumere la direzione della Scuola di Novara, ben più limitato fu il campo delle mie osservazioni; ma la gentilezza del Prof. Chiara mi faceva sentire meno dolorosa tale limitazione, con il favorirmi le 19 osservazioni che Egli avea potuto fare nella Clinica di Firenze dal momento della assunta direzione fino ad oggi.

Ho così potuto raccogliere 44 osservazioni, tutte inedite meno due: è su questo materiale che è basato lo studio intrapreso. Certo che le osservazioni non rispondono a tutti i quesiti che si possono porre nello svolgimento dello studio, per il fatto che esse non furono condotte a questo scopo: ciò se da una parte è spiacevole, meglio dall' altra ci garantisce intorno alla attendi-

bilità delle conclusioni che potranno essere tratte. Del resto le molte lacune potranno con facilità esser colmate dai cultori dell'ostetricia, qualora vogliano raccogliere d'ora innanzi per questo scopo le osservazioni che si presenteranno loro.

Sarò pago dell'opera mia se avrò soltanto incitato altri a fare, ed a fare meglio di me.

Lo scritto presente è diviso in quattro parti: nella prima si espongono i fatti clinici: nella seconda si discorre della macerazione del feto e dei cambiamenti ai quali va soggetto il feto morto mantenuto nel cavo uterino: nella terza son passate in rassegna le modificazioni che si compiono nell'organismo materno per il fatto della morte del feto: nella quarta finalmente stanno le deduzioni.

Luglio, 1884.

I. — Osservazioni cliniche.

Osservazione I.

Clinica di Firenze — Anno 1882.

Teresa...., accolta il 31 dicembre 1882, di anni 18, cucitrice, primipara. Nessuna malattia in corso. Al 3 gennaio 1883 si constata una presentazione di vertice. Il feto è vivo (ultima mestruazione 15 giugno). Il 24 gennaio, alle 8 pom., si inizia prematuramente il parto. Le membrane vengono rotte artificialmente alle 9 ant. del successivo 25 a dilatazione completa essendo già la parte presentata allo stretto inferiore ed affacciandosi l'uovo alla vulva.

Alle 9 30 il feto settimestre, macerato, era espulso. Cinque minuti dopo si compiè il secondamento in modo normale.

Andamento del puerperio:

	mattina	sera
1.°	—	38
2.°	37	37
3.°	37	—
4.°	37	37
5.°	37	37
6.°	37	37
7.°	37	—

Già in 6ª giornata si nota l'utero *piccolo;* in 5ª la montata lattea è completa ma piuttosto scarsa.

Il 1º febbraio 1883 esce sana.

Osservazione II.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 8.

N. N., d'anni 23, serva, secondipara, è accolta il 5 gennaio. Ultima mestruazione al 2 aprile. Il parto esordisce il dì 11 gennaio alle 9 pom. Alla 1 ant. del 12 si rompono artificialmente le membrane a dilatazione completa ed alle 2 ant. viene espulso un feto femmina, macerata, pesante grm. 1000 (V. O. S. I. A.). Alle 2 15 ant. si compie il secondamento. Al momento della rottura delle membrane la parte era profondamente impegnata nello scavo. Gli annessi pesano grm. 300.

Andamento del puerperio:

	mattina	sera
1.º	37,5	37,5
2.º	37,5	37.5
3.º	37,5	37
4.º	37,5	37,5
5.º	37	37
6.º	37	37
7.º	37	37
8.º	37	—

Il 20 gennaio esce sana.

Osservazione III.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 20.

N. N., di anni 19, sarta. Gravida per la seconda volta: la prima gravidanza terminò con un aborto a 5 $^1/_2$ mesi. Ultima mestruazione al 25 luglio. Accolta in travaglio il 24 gennaio alle 8 $^1/_2$ ant. Le membrane furono artificialmente rotte a dilatazione completa alle 10 pom. ed il feto fu espulso alle 10 $^3/_4$; cinque minuti dopo si compiva il secondamento. Il feto si presentava con la pelvi. Posizione S. I. S. A., pesava grm. 1100, maschio, macerato.

Gli annessi pesavano grm. 300 mostravano marcata degenerazione grassa.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,5	64	19	37,4	60	20
2.°	37,4	62	20	37,3	60	20
3.°	37	60	20	37	60	20
4.°	37	—	—	37	—	—
5.°	37	—	—	37	—	—
6.°	37	—	—	—	—	—

Esce sana.

Osservazione IV.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 18.

Donna di servizio, d'anni 32. Precedettero quattro gravidanze tutte normali, terminate con parti pure normali e seguite da puerperii patologici.

Ebbe l'ultima mestruazione il 10 luglio e avrebbe dovuto sgravarsi il 25 aprile. Invece il 17 gennaio fu presa da dolori che le ricordavano quelli del parto, con i dolori perdita di sangue; riparò nella clinica ove alle ore 10 ant. del 18 gennaio avveniva la espulsione dell'uovo intero. Il feto era macerato.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	—	—	—	38.2	—	—
2.°	38,3	66	—	38	—	—
3.°	37,5	—	—	37,4	65	22
4.°	37,4	—	—	—	—	—
5.°	—	—	—	37	62	20
6.°	37	60	20	37,2	—	—
7.°	37	—	—	37,1	—	—
8.°	37	—	—	37,1	—	—

Esce sana il 2 febbraio.

Osservazione V.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 28.

È accolta il 29 gennaio, d'anni 22, sarta da uomo, primipara. — È in corso di sifilide. Ebbe l'ultima mestruazione il 10 agosto 1882. —

Alle 11 pom. del giorno d'ingresso espelle un feto di sesso femminile morto e macerato del peso di grm. 900. Il periodo dilatante durò ore 5 30, quello espulsivo minuti 30. Le membrane furono rotte artificialmente a dilatazione completa essendo la parte presentata (vertice S. A.) nello scavo.

Gli annessi fetali pesavano grm. 250. Il puerperio fu morboso per *pleurite basilare sinistra, bronchite diffusa* e *sifilide*, e per tali malattie fu trasferita l'11 febbraio nello Spedale di S. M. Nuova.

Osservazione VI.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 105.

È accolta il 24 aprile, di anni 40, donna di servizio, precedettero otto parti, quattro naturali, quattro artificiali. L'ultima mestruazione cessò l'11 dicembre. Nessuna malattia durante la gravidanza.

Alle 8 30 pom., pochi minuti dopo l'ingresso, espelle un fetino morto e macerato di sesso maschile, del peso di grm. 250, presentantesi con l'ovoide podalico, lungo ctm. 25. — Il secondamento fu terminato artificialmente alle 11 pom., solo in questo momento essendosi avviata discreta emorragia.

Andamento del puerperio:

	mattina	sera
1.°	37,4	37,5
2.°	37,3	37
3.°	36,8	37
4.°	37	37,1
5.°	37	—

Il 29 aprile esce sana.

Osservazione VII.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 106.

È accolta il 25 aprile. Precedette un altro parto. Nel puerperio fu curata in altro Ospitale per blenorragia. Notò la cessazione dell'ultima mestruazione il dì 25 novembre.

Alle 2 ant. fu espulso un feto abortivo, macerato, di sesso maschile pesante grm. 200 e lungo ctm. 23.

Fu mestieri praticare artificialmente la liberazione per la emorragia

avviatasi. Gli annessi pesanti grm. 160 mostrarono marcata degenerazione grassa.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	—	—	—	37,5	70	20
2.°	37,4	72	20	37,2	30	30
3.°	37	—	—	37	—	—
4.°	37	—	—	37	—	—
5.°	37	—	—	37	—	—
6.°	37	—	—	37	—	—

Il 1.° maggio esce sana.

Osservazione VIII.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 125.

Di anni 28, sarta, accolta il 12 giugno. Ebbe sette gravidanze prima della presente: cinque furono portate a termine, due abortive. L'ultima mestruazione cessò al 15 novembre.

Il parto si compiè alle 9 30 ant. Il periodo dilatante durò ore 7, quello espulsivo minuti 10. — Le membrane furono rotte artificialmente a dilatazione completa. — Il feto di sesso femminile pesante grm. 900, lungo ctm. 28, fu espulso per il vertice.

Il secondamento fu in parte artificiale per la avvenuta emorragia e fu completato alle 4 ant. del 13. Per il fatto dell'emorragia la donna ebbe discreti disturbi generali.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	36,8	96	18	37,6	100	20
2.°	37,8	98	20	39	100	22
3.°	37,4	104	22	—	106	22
4.°	37,2	72	20	37	70	21
5.°	37	70	21	37,9	90	22
6.°	37,5	66	19	37,7	100	18
7.°	37	90	18	—	—	—

Esce il 19 giugno.

Osservazione IX.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 125.

Accolta il 4 giugno, primipara. Non sa precisare l'epoca dell'ultima mestruazione. Nel corso del primo trimestre della gravidanza fu infetta da sifilide. Alle 8 ant. del 4 giugno si inizia il travaglio di parto; alle 3 ½ pom. si rompono spontaneamente le membrane a dilatazione di 3 ctm. Il feto si presenta con il vertice in O. I. D. A. Il parto è reso più rapido da una doccia ascendente calda e dalla fasciatura addominale.

Il feto femmina, macerato, pesa grm. 1500, è lungo 38 ctm. Gli annessi del peso di grm. 400 presentano manifesta degenerazione adiposa.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	38	64	26	37,5	68	22
2.°	37,3	65	20	37,5	65	21
3,°	37,3	60	21	37,5	—	—
4.°	37	65	19	37,2	68	24
5.°	37	66	20	37,2	64	18
6.°	37,1	68	18	—	—	—

Esce sana l'11 giugno.

Osservazione X.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 132.

Accolta il 19 giugno. Precedettero sei gravidanze chiuse con parti e puerperi normali. Nessuna malattia in gravidanza.

Ultima mestruazione terminata il 13 ottobre. Parto iniziatosi il 19 giugno, ore 8 ant.; alle 11 30 ant. rottura spontanea delle membrane; alle 11 50 espulsione del feto; femmina macerata pesante grm. 1000, lunga ctm. 36 (per l'ovoide podalico). Subito dopo espulsione degli annessi (grammi 250), offerenti marcata degenerazione grassa.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	—	—	—	37,3	60	18
2.°	37,2	64	19	37,4	60	19
3.°	37	60	18	37,2	62	19
4.°	38,2	80	20	37,2	lochi fetenti — si pratica una irrigazione endouterina.	
5.°	37,6	80	19	37	56	19
6.°	37,2	68	19	37,1	61	20
7.°	36,9 assai bene.					

Esce sana il 28 giugno.

Osservazione XI.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 139.

Accolta il 23 giugno, d'anni 23, primipara. Sifilitica nel corso della gravidanza. Ultima mestruazione nel mese di ottobre.

Parto il 23 ottobre alle ore 1 $^1/_2$ pom. Rottura artificiale delle membrane a dilatazione completa della bocca uterina. Periodo dilatante della durata di 10 ore, espulsivo, rapido. Espulsa una femmina macerata pesante grm. 1400, lunga ctm. 44. Il secondamento fu pronto, favorito dalla spremitura: gli annessi pesanti grm. 600 hanno marcata degenerazione grassa.

Andamento del puerperio:

	mattina			séra		
1.°	—	—	—	37	60	20
2.°	36,6	62	24	36,8	62	20
3.°	37,2	60	20	37,7	62	24
4.°	36,7	64	22	37,6	64	24
5.°	36,3	60	20	37,4	64	20
6.°	36,5	62	18	37,3	60	24
7.°	38	74	24	37	70	22
8.°	37	66	20	37	60	20

Esce sana il 1.° luglio.

Osservazione XII.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 137.

Di anni 43, attendente alla casa. Precedettero otto gravidanze tutte normalmente portate a termine. L'ultima mestruazione ebbe fine il 18 ottobre. Dal terzo al quinto mese di gravidanza soffrì per bronchite.

Parto il 29 giugno. Periodo dilatante ore 5, espulsivo 0 30. Feto maschio morto e macerato, espulso per il vertice; pesante grm. 1220, lungo ctm. 36. Annessi pesanti grm. 300. La rottura delle membrane fu fatta artificialmente a dilatazione completa della bocca uterina.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	—	—	—	37	62	19
2.°	37.3	66	19	37	—	—
3.°	37	—	—	37	64	19
4.°	36,8	68	19	37,5	76	20
5.°	36,7	70	20	37	67	20
6.°	36,4	60	18	36,6	60	18
7.°	36,4	60	18	—	—	—

Esce il 6 luglio.

Osservazione XIII.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 140.

D'anni 28, servente. Accolta il 25 giugno, secondipara. Nessuna malattia. Ultima mestruazione terminata il dì 8 ottobre.

Parto il 29 giugno. Periodo dilatante ore 15 30, espulsivo 0 30. — Rottura spontanea delle membrane a dilatazione completa. Il feto di sesso femminile fu espulso per il vertice (S. A.). Pesa grm. 2700, lungo ctm. 49, è macerato. Annessi degenerati grassosamente pesano grm. 860.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,3	66	22	37,2	64	20
2.°	37	62	20	37,5	72	28
3.°	37,1	68	24	37	60	20
4.°	37,2	66	20	37,1	64	20
5.°	37	60	20	37,5	64	24
6.°	37	60	20	37,5	64	24
7.°	37	60	20	37,4	68	20

Esce il 6 luglio.

Osservazione XIV.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 162.

Accolta in travaglio il 16 luglio. D'anni 23, attendente alla casa. Precedette altra gravidanza interrottasi spontaneamente nel corso del settimo mese. Nessuna malattia durante l'attuale. Ultima mestruazione alla fine di dicembre. Parto alle 4,5 pom. del 16 luglio: primo periodo ore 9, secondo ore 0,5. Rottura artificiale delle membrane a dilatazione di 7 ctm. della bocca uterina. Espulsione per il vertice (S. A.) di una femmina, macerata, pesante grm. 1100, lunga ctm. 43. — Gli annessi del peso di grm. 800, lasciavano vedere manifesta degenerazione grassa: una parte di corion rimase nel cavo uterino.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	36,5	60	20	37	60	20
2.°	36,6	62	20	37	60	20
3.°	36,7	60	20	37	60	20
4.°	37	60	20	37	60	20
5.°	36,9	60	20	37,5	—	—
6.°	38	68	23	37,5	—	—
7.°	37,4	63	20	37,4	62	20

In 6ª giornata lochi fetenti color mattone.
Esce in 10ª giornata sana.

Osservazione XV.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 163.

Accolta il 16 luglio, primipara. L'ultima mestruazione ebbe termine l'11 marzo.

Parto abortivo il 21 luglio alle 9 40 pom. Rottura spontanea delle membrane a dilatazione di 1 ctm. 1/2. Durata complessiva del parto ore 13 40. Maschio macerato espulso per l'ovoide podalico, pesante grm. 260. Annessi assai lacerabili pesanti grm. 160.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	36,5	96	25	—	37	—
2.°	38	94	23	39,5	88	22
3.°	37,2	100	22	39	—	—
4.°	38	116	20	37,7	100	20
				lochi fetenti - lieve brivido		
5.°	38,5	100	22	38,3	100	20
				(T. 38,9)		
6.°	37,5	86	20	37,6	88	20
7.°	36,4	78	20	37,2	70	20
8.°	36,5	72	20	37,7	78	20

Esce sana il 31 luglio.

Osservazione XVI.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 190.

D'anni 22, prostituta, primipara. Ultima mestruazione ai primi di febbraio; non risulta in modo certo che abbia sofferto di sifilide.

Il dì 8 settembre, alle ore 6 1/4 pom., parto di una femmina morta macerata del peso di grm. 920, lunga ctm. 26. Primo periodo ore 16, secondo 0,15. Rottura spontanea delle membrane a dilataz. di 5 ctm., feto espulso per l'ovoide podalico completo.

Secondamento per spremitura placenta grassa (grm. 230). Un'ora dopo il parto emorragia cessata con la estrazione di un lembo di membrane rimasto nel cavo uterino.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	36,5	66	24	37	64	24
2.°	37	66	24	37	72	24
3.°	37	74	24	37	66	24
4.°	37	64	24	37,4	74	26
5.°	37	72	24	37	76	24
6.°	36,8	—	—	37	80	24
7.°	37	84	24	—	—	—

Esce il 15 settembre.

Osservazione XVII.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 222.

Accolta il 3 novembre, di anni 18, sarta da uomo, primipara. Ultima mestruazione il 18 aprile. Nessuna malattia in gravidanza. — Il 15 novembre si constata la vita del feto (battito nel quadrante inferiore destro). Parto il 29 dicembre alle ore 4 ant. Primo periodo ore 9 40, secondo 0 20. Rottura spontanea dell'uovo a dilataz. completa della bocca uterina.

Maschio morto e macerato espulso per il vertice, pesava grm. 2700, lungo ctm. 48. Annessi senza apparenti lesioni pesanti grm. 600.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,5	76	20	37	80	24
2.°	37,2	86	20	37	78	22
3.°	36,5	70	20	36,2	64	18
4.°	36	72	20	36	60	20
5.°	36	66	20	36	64	18
6.°	36	64	18	37,5	70	20
7.°	36,5	64	18	37,2	70	20

Esce l'8 gennaio 1884.

Osservazione XVIII.

Clinica di Firenze — Anno 1883 — N. 210.

Cameriera, d'anni 20, accolta il 14 ottobre. Ultima mestruazione 18 marzo; contrasse la sifilide nel corso del 1° trimestre, primipara.

Parto il 14 ottobre, ore 8 20 pom., primo periodo ore 10, secondo 0 20. Rottura artificiale delle membrane a dilataz. di 5 ctm.

Feto femmina, macerato (da 3 o 4 dì, anche la donna non avvertì i moti attivi da 3 dì, e da 8 s' accorse che non aumentava il ventre) pesante grm. 1800, placenta grassa, inserzione velamentosa nel cordone; annessi pesanti grm. 360.

Andamento del puerperio: *Endometrite.*

	mattina			sera		
1.°	37	68	20	37	88	22
2.°	36,8	66	20	38,3	108	26
				4 1/2 pom. brivido T. 39		
3.°	39	112	26	37,8	112	24
				7 1/2 pom. brivido T. 39		
				irrigazione endouterina		
4.°	37	96	20	40	100	22
		lochi fetali sera		41	—	—
				irrigazione endouterina		
5.°	39	96	20	40	100	22
		lochi fetenti				
6.°	37,5	70	22	37,8	90	26
		lochi poco fetenti				
7.°	37	80	24	37	70	24
8.°	36,5	90	20	36,2	68	20
		lochi incolori ed inodori.				

Esoe il 24 ottobre.

Osservazione XIX.

Clinica di Firenze — Anno 1884 — N. 115.

N. N., d' anni 42, attendente alla casa, accolta il 17 giugno 1884. Precedettero dieci gravidanze, parti e puerperi. Uno prematuro ad otto mesi. L'ultima mestruazione terminò il 27 settembre. Non subì malattia alcuna durante la gravidanza.

Partorì nello stesso giorno alle ore 9 15 pom., periodo dilatante durò ore 14, l'espulsivo minuti 15. Le membrane si ruppero spontaneamente a dilatazione della bocca uterina a 6 ctm.

Feto maschio morto e macerato pesante gramm 1400, — Annessi grammi 240.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	36,8	66	18	37,3	78	20
2.°	37	78	20	37,5	74	20
3.°	37	66	22	36,6	64	20
4.°	36,8	66	22	37,8	76	20
5.°	37,8	72	20	37,9	74	20
6.°	37	72	20	37,7	78	22
7.°	37	68	20	37,6	70	20
8.°	36,6	75	20	—	—	—

In 4ª giornata compare la secrezione lattea ma assai scarsa.
In 8ª giornata si alza ed esce sana.

Osservazione XX.

Clinica di Novara — N. 23 del 1883.

Di anni 19, servente, illegittimamente gravida. Non presenta segno alcuno imputabile a sofferta sifilide, ed a sifilide in corso; dice sano il padre del suo bambino, (prestò servizio nell'esercito). Arriva in travaglio ad acque colate. Il feto si presenta colle natiche in S. I. S. T. Si diagnostica la morte: 1° per l'assenza del battito, 2° per la larghezza e cedevolezza dell' orifizio anale, 3° per la facile esportazione di lembi epidermici.

Il feto viene espulso dopo un travaglio durato complessivamente ore 8 ½. Le membrane si ruppero spontaneamente 3 ore dopo l'inizio. Il secondamento nulla offerse di speciale. Il feto maschio pesa grm. 2260. Presenta depiderminazione all'addome ed arti, ossa del capo bastantemente connesse, liquido rossastro nei cavi pleurici e peritoneale. Polmoni e cuore senza lesioni speciali. Fegato volum. pesa grm. 170 di un colore rosso pietra focaia: nel lobo destro presenta un nodo come una avellana, nel sinistro una estesa infiltrazione grigiastra. — Milza voluminosa pesa grm. 37, dura, senza lesioni macroscopiche. — Tutti i tessuti sono infiltrati e colorati in rosso (fœtus sanguinolentus) anche il cristallino è imbevuto.

La placenta molto grassa, assai friabile, cotiledoni assai distinti e facilmente lacerabili.

Gli annessi pesano grm. 700.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.º	37	80	24	37	100	30
2.º	37,5	74	26	37,4	84	28
3.º	36,9	80	30	38,5	128	32
4.º	36,7	76	24	37,7	82	24
5.º	37,5	80	24	37,2	100	28
6.º	36,8	80	24	37,4	108	26
7.º	36,7	76	22	37	92	24
8.º	37	78	26	37	100	28

Fino dal 5º giorno si notò l'utero piccolissimo.

Nessuna altra osservazionc speciale.

Uscì sana il 4 marzo 1883.

Osservazione XXI.

Clinica di Novara — Anno 1884 — N. 5.

Accolta il 2 gennaio: prostituta, terzipara. La prima gravidanza si interruppe spontaneamente nel terzo mese, la seconda terminò con la espulsione di un feto macerato nel corso del settimo mese. Non sa dar ragguagli intorno all'epoca dell'ultima mestruazione: non ha manifesti segni di sifilide; non si sa se l'abbia avuta.

Parto il 9 gennaio alle ore 8 40 pom. Primo periodo ore 3 30, secondo 0 10. Rottura spontanea delle membrane a bocca uterina dilatata a 5 ctm. Maschio morto e macerato espulso per il vertice (S. A.), pesante grm. 1400, lungo ctm. 41 (Depiderminazione incoata, ventre a bisaccia, capo appiattito. Infiltramento siero sanguinolento nel cuoio capelluto: cervello, polmoni , cuore senza lesioni speciali , siero sanguigno nel cavo addominale, fegato adiposo (grm. 95), non noduli, nè infiltrazione diffusa, milza un po' ingrandita (grm. 13), reni adiposi , pareti addominali, scroto, anse intestinali infiltrati di siero sanguinolento, testicoli trattenuti nel cavo addominale, nulla alle ossa).

Annessi senza speciali lesioni pesanti grm. 620.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.º	37,1	62	22	36,4	70	24
2.º	37,2	62	22	36,8	64	20
3.º	36,7	64	18	37	64	20
4.º	36,3	56	24	37,4	50	20
5.º	37,8	54	16	37,2	58	20
6.º	36,2	62	20	36,7	60	20
7.º	36,7	60	20	36,4	60	20

Utero assai piccolo fino dal 4º dì.
Esce sana il 25 gennaio.

Osservazione XXII.

Clinica di Milano — Anno 1879-80 — N. 304.

N. N., illegittimamente gravida, d'anni 36, primipara. Entra il 19 dicembre. Al momento dell'accettazione si constata edema alla cute della faccia, al tronco agli arti inferiori; poca appetenza al cibo, alvo diarroico, cefalea, disturbi visivi. Nulla dimostra l'esame dei polmoni, al cuore l'area non è aumentata, è un po' oscuro il primo tono alla punta, un po' accentuato il secondo alla polmonare.

L'urina di R. A. del P. S. 1024 contiene *abbondante quantità di albumina*, ed all'esame del sedimento si scorgono cellule embrionali, cellule di epitelio delle prime vie urinarie e cilindroidi del Thomas.

L'ultima mestruazione ebbe termine al 3 giugno. Nel mese di ottobre e novembre avrebbe avuto emoftoe; racconta però la gravida che appena accortasi dello stato gravidico si applicò ripetutamente gran numero di sanguisughe (a scopo abortivo) alla cute delle pareti addominali anteriori (complessivamente fino all'ottobre 1879, circa 360 sanguisughe). Il 20 si amministra una purga: il 22 la ricoverata richiama l'attenzione sul fatto che dal giorno 19 non avverte più i moti attivi fetali fino allora manifestamente notati. Il battito cardiaco fetale che era stato percepito al momento dell'accettazione non lo è più tre giorni più tardi ; si presenta il feto con il vertice: le mammelle mostrano secrezione di colostro.

Il 26 dicembre l'urina *acida* del P. S, 1016 *non contiene traccia di albumina.*

Il 4 gennaio 1880, alle 5 30 ant., si compie il parto. Primo periodo ore 8, secondo periodo ore *mezza.* Rottura artificiale delle membrane

a dilatazione completa. Feto femmina espulsa per il vertice, in avanzata macerazione, lunga ctm. 35, pesante grm. 1100.

Gli annessi pesano grm. 230.

Il feto è totalmente decuticulato; i polmoni ed il fegato presentano ancora i caratteri proprii nella forma non nel calore. Il cristallino è rosso. La placenta presenta molte placche fibrinose, alcune piccole, altre molto estese in superficie e spessore. È generalmente grassa e presenta anche traccie di emorragie piuttosto recenti.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,5	84	24	38	88	24
2.°	37,7	88	24	38,2	92	24
3.°	37,8	88	24	37,6	88	24
4.°	37,5	84	24	37,8	88	24
5.°	37,8	88	24	38,2	96	24
6.°	37,6	80	28	37,5	84	24
7.°	37,4	84	24	37,8	84	24
8.°	37,8	84	24	—	—	—
9.°	37,5	84	24	—	—	—

Esce sana il 13 gennaio 1880.

Osservazione XXIII.

Clinica di Milano — Anno 1880 — N. 47.

Accolta il 5 febbraio. Precedettero quattro gravidanze così terminate; la prima con la espulsione di un feto settimestre premorto; la seconda con un aborto; la terza a termine feto morto durante il parto; la quarta nel 1878 con lo sgravio di un feto macerato ottimestre.

Ha 23 anni ed è meretrice. Nel 1878 si potè constatare in questa stessa clinica una forma di sifilide.

L'ultima mestruazione terminò il 6 luglio 1879. La gravida non presenta ora segno alcuno di sifilide patente.

All' esame del 5 febbraio il battito cardiaco fetale è nel quadrante destro distinto, e batte 140 volte per minuto. Al 13 febbraio non si riesce a percepire il battito in alcun punto. Il parto si compie spontaneamente il dì 11 marzo alle ore 10 ant. Primo periodo ore 4 45, secondo minuti 15, ovoide podalico, natiche; femmina macerata, pesante grm. 900, lunga ctm. 37; rottura spontanea delle membrane a

dilatazione completa. Il fetino ha il colore caratteristico del fœtus sanguinolentus. La massa cerebrale è spappolata; nei cavi pleurici sta del siero sanguinolento in discreta copia; il cuore ed i polmoni sono poco modificati; il fegato è cambiato in una specie di sacca in cui sta raccolto una specie di detrito; pure raccolto siero sanguinolento nel cavo addominale. Il cristallino è infiltrato.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37	63	20	37	76	20
2.°	36,7	80	20	36,6	68	20
3.°	36,8	72	16	36,6	64	16
4.°	37,8	64	16	37,3	60	16
5.°	37	68	16	37	68	16
6.°	37	64	16	37	68	16
7.°	36,7	64	16	36,9	60	16

Nulla di specialmente notevole.

Esce il 20 marzo.

Osservazione XXIV.

Clinica di Milano — Anno 1880 — N. 134.

N. N., primipara, accolta il 24 maggio, d'anni 31. Non sofferse malattia alcuna di importanza, il vaiuolo a 10 anni. È in travaglio: l'ultima mestruazione fu alla metà di ottobre.

Parto il 25 maggio alle 5 30 ant. Primo periodo ore 17, secondo ora mezza. Rottura spontanea delle membrane a dilatazione completa. Feto femminile espulso per il vertice S. A., morta e macerata, pesa grm. 2400, lunga ctm. 48. La macerazione data da poco tempo. — Annessi grm. 550 senza apparenti alterazioni.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,5	60	16	37,7	72	20
2.°	37,2	76	20	37,5	76	20
3.°	37,2	72	24	37,8	72	24
4.°	37	64	24	38	72	20
5.°	37,1	56	24	37,4	56	20
6.°	37,1	52	24	38,4	60	20
7.°	37,5	68	24	38	56	28
8.°	37,6	68	24	37,6	64	24

Esce sana il 5 giugno.

Osservazione XXV.

Clinica di Milano — Anno 1880 — N. 144.

Accolta il 5 giugno, di anni 40, precedettero nove gravidanze e tre aborti, non ha malattia alcuna. È in travaglio; l'ultima mestruazione ebbe termine alla fine di settembre.

Il feto si presenta con la spalla destra dorso-posteriore; si *pratica la versione con maneggi interno-esterni* portando quattro dita attraverso la bocca uterina che di più non ne lascia passare; durante l'estrazione i tessuti fetali cedono in modo da esser necessario l'impiego di un uncino ottuso applicato sul tronco. L'utero era talmente voluminoso che per un momento avea fatto pensare alla possibilità di una gravidanza composta; tale volume era dato: 1º dalla distensione dell'addome fetale per infiltrazione serio-sanguigna; 2º del volume della placenta assai edematosa e pesante grm. 900. Il feto (femmina) pesava grm. 1800.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.º	37,5	76	24	38,2	96	24
2.º	37,6	96	24	37,5	80	24
3.º	37,8	80	24	38,3	80	28
4.º	38,3	64	24	38,7	73	24
5.º	38,1	84	24	37,4	72	24
6.º	38	84	20	38,2	80	24
7.º	37,9	72	24	38,4	76	20
8.º	37,4	84	24	38,4	72	24
9.º	37,5	64	24	—	—	—

Esce il 13 giugno.

Osservazione XXVI.

Clinica di Milano — Anno 1880 — N. 158.

Accolta il 28 giugno, di anni 22, secondipara, prima gravidanza e parto naturali. Nel decorso dell'attuale (ultima mestruazione il 26 dicembre) fu malata per sifilide: presenta al momento d'ingresso roseola e papule mucose.

Parto il 28 luglio alle ore 6 30 pom., primo periodo ore 10 25, se-

condo minuti 5. Rottura spontanea delle membrane a dilatazione completa. Nato un maschio morto e macerato, pesante grm. 1900, lungo ctm. 42.

Il cordone aveva perduto quasi interamente le volute; la depidermizzazione era iniziata; le pleure ripiene di liquido; i polmoni con numerose ecchimosi sottopleuriche ed il parenchima disseminato di nodi di vario volume (di una nocciuola il più grosso), il centro è fuso e contiene pus; nel cavo peritoneale sta raccolto pure liquido sanguinolento; il fegato è rammollato di un colore giallastro chiaro.

La placenta presenta grm. 600 e si mostra in marcata degenerazione adiposa; si notano due placche fibrinose alla faccia fetale piuttosto piccole.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,3	60	20	37,2	60	20
2.°	37,4	72	20	38,7	76	20
3.°	38,8	64	20	38	56	20
4.°	37,3	52	20	38,6	60	20
5.°	37,5	56	20	37,6	52	20
6.°	37,3	52	20	37,5	56	20
7.°	37,2	60	20	37,2	60	24
8.°	36,7	52	20	37,2	60	20
9.°	37	56	20	37,2	52	20

L'involuzione uterina fu lenta.

Esce l'8 agosto.

Osservazione XXVII.

Clinica di Milano — Anno 1880 — N. 211.

Accolta il 12 settembre, d'anni 29, precedettero cinque gravidanze normali terminate con la nascita di cinque feti vivi. Nel corso della attuale incontrò la sifilide e infetta è al momento dell'accettazione (papule sui genitali est.).

Alle 4 pom. espelle un feto pesante grm. 620 per la spalla destra, dorso in avanti. Il periodo dilatante durò ore 7, espulsivo ore 1. La rottura delle membrane fu fatta artificialmente a dilatazione completa. Gli annessi pesano grm. 240.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,6	84	16	37,2	72	20
2.°	37,1	84	24	37,4	80	24
3.°	37	80	24	37	80	24
4.°	37	84	24	37	72	24
5.°	36,5	72	20	—	—	—

In 6ª giornata abbandona la clinica (18 settembre).

Osservazione XXVIII.

Clinica di Milano — Anno 1880 — N. 232.

Accolta il 30 settembre, d'anni 22, primipara, gravidanza normale. Parto il 17 ottobre, ore 9 1/2 pom. Presentazione laterale del torace e più tardi della regione addominale parombellicale; parto conduplicato corpore. — Maschio macerato: primo periodo ore 22 1/2, secondo ore 1.

I segni della macerazione fanno risalire la morte a circa 10 giorni prima, pesa grm. 1750. Gli annessi pesano grm. 300.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	38,1	104	28	37,9	104	24
2.°	37,8	136	28	38,7	148	28
3.°	37,9	128	28	39,7	100	28
4.°	37,4	88	24	39,1	136	28
5.°	37,5	100	24	37,8	80	24
6.°	37,4	96	24	37,4	84	24
7.°	37,4	88	24	37,6	96	24
8.°	37,2	92	20	37,1	84	20

Esce sana il 29 ottobre.

Osservazione XXIX.

Clinica di Milano — Anno 1880 — N. 308.

Accolta in travaglio il 22 dicembre. Precedettero cinque gravidanze la prima interrottasi a sette mesi, la seconda e la terza portate a termine, la quarta e quinta interrottasi a 4 è 5 mesi. L'ultima mestruazione terminò il 15 maggio. Il 22 dicembre, alle ore 11 05 pom.,

partoriva per il vertice, O I S P permanente, una femmina, pesante grm. 1480, lunga ctm. 41.

Gli annessi pesavano grm. 340. La macerazione è poco avanzata. Il primo periodo durò ore 13, il secondo 1 30. Le membrane furono rotte artificialmente a dilatazione completa.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,5	80	24	37,4	92	24
2.°	37,2	84	24	37,7	80	24
3.°	37,4	72	84	37,9	84	24
4.°	37,6	74	20	37,6	60	20
5.°	37	60	20	37,7	64	24
6.°	37,3	60	20	37,6	72	20
7.°	37,3	80	24	37,7	76	24

Esce il 31 dicembre.

Osservazione XXX.

Clinica di Milano — Anno 1880 — N. 316.

Accolta il 30 dicembre, primipara, in travaglio, d'anni 22. Alle 11 15 ant. dello stesso giorno partorisce con il meccanismo dell'evoluzione spontanea (spalla sinistra dorso anteriore) un fetino maschio, pesante grm. 650, gli annessi toccano i grm. 250 e non mostrano speciali alterazioni.

Il primo periodo durò ore 32 30, il secondo minuti 45. La rottura delle membrane fu artificiale a dilatazione completa.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	—	—	—	37,8	84	28
2.°	37,4	84	29	38	92	28
3.°	37,1	80	24	37,8	84	26
4.°	37,2	76	20	38,4	80	24
5.°	37	80	24	38,3	84	24
6.°	37	76	24	37,4	84	24
7.°	37,4	72	20	—	—	—

Esce il 7 gennaio 1881.

Osservazione XXXI.

Clinica di Milano — Anno 1881 — N. 15.

Di anni 21, accolta in travaglio di parto il 10 gennaio, precedettero due gravidanze (la 2ª gemellare) affatto normali, feti vivi, parti naturali. Ha avuto l'ultima mestruazione l'11 aprile. Il parto durò ore 9 20 per il periodo dilatante, minuti 10 per quello espulsivo; nacque una femmina macerata (V. S. A.), pesante grm. 2600; la placenta era assai edematosa e fortemente adiposa, pesava grm. 760. Le membrane erano state artificialmente rotte a dilatazione completa.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37	80	24	37,5	72	24
2.°	37	92	24	37,4	72	20
3.°	37,6	92	24	38,9	88	24
4.°	37,7	80	20	38,8	76	20
5.°	37,6	72	20	37,2	72	20
6.°	37	58	20	37,1	58	20
7.°	37	58	20	—	—	—

Esce sana il 17 gennaio.

Osservazione XXXII.

Clinica di Milano — Anno 1881 — N. 73.

Accolta il 29 marzo in travaglio: lavandaia, d'anni 35. Ultima mestruazione il 1° giugno. Ebbe cinque altre gravidanze, di cui una gemellare. Si constata una presentazione della spalla sinistra dorso posteriore, con procidenza della mano destra dei due piedi e del funicolo. Si termina il parto con l'embriulcia. Le membrane erano state rotte a domicilio dalla levatrice. Il feto maschio pesa grm. 2180, è lungo ctm. 47.

Gli annessi pesano grm. 400.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	38,4	76	24	38,5	96	24
2.°	38,5	96	24	39,6	116	26
3.°	39	108	24	39,7	104	26
4.°	38,5	100	24	39,3	108	28
5.°	38,3	112	28	38,6	96	32
6.°	38,2	96	28	38,7	92	28
7.°	37,6	76	24	39,2	96	28
8.°	37,3	72	20	37,7	96	24

Fu morboso per endometrite.
Uscì sana il 7 aprile.

Osservazione XXXIII.

Clinica di Milano — Anno 1881 — N. 85.

Accolta in travaglio il 16 aprile, d'anni 19, servente di professione, primipara. Ultima mestruazione il 27 settembre. Parto alle ore 3 40 antim. Primo periodo durato ore 4 30, secondo minuti 10. Espulsione di un maschio macerato per l'ovoide podalico. Peso del feto grm., 780, peso degli annessi 350. Le membrane si ruppero spontaneamente prima dell'ingresso.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,2	92	24	37,5	64	24
2.°	37,5	80	24	38,1	84	24
3.°	38,1	88	24	38	88	24
4.°	37,5	76	24	38	76	20
5.°	37,4	72	25	38,2	62	20
6.°	37,4	84	20	37,5	64	20
7.°	37,9	80	20	37,9	84	20
8.°	37,2	68	20	37,5	68	20

Esce sana il 26 aprile.

Osservazione XXXIV.

Clinica di Milano — Anno 1881 — N. 86.

Accolta in travaglio il 17 aprile: di anni 37, lavandaia. Ebbe altre sette gravidanze decorse normalmente. Non precisa l'epoca dell'ultima

mestruazione. Alle ore 1 15 pom. espelle per il *vertice* (S.) un feto macerato maschio, pesante grm. 1820, lungo ctm. 44. Gli annessi assai friabili pesano grm. 520. Le membrane furono rotte artificialmente a dilatazione completa: il parto durò complessivamente ore 4 15; delle quali solo 10 minuti per il periodo espulsivo.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	—	—	—	37,2	84	24
2.°	37,3	76	24	37,4	92	24
3.°	37	72	20	37,4	72	20
4.°	37,5	64	20	37,6	64	20
5.°	37	72	20	37,5	72	20
6.°	37,4	68	20	37,5	64	20

Esce sana il 23 aprile.

Osservazione XXXV.

Clinica di Milano — Anno 1881 — N. 99.

Accolta il 29 aprile, d'anni 27, meretrice. Ebbe due altre gravidanze, una a termine, l'altra terminata con un aborto al secondo mese. Non sa l'epoca dell'ultima mestruazione.

Parto il 29 aprile alle ore 10 45 ant. Si iniziò la sera del 28 con perdita di sangue dai genitali, modica però. All'esame si trova fondo uterino alla zona inferiore sopra ombellicale. Nessun segno di vita fetale. Membrane integre; collo dilatato a 4 ctm.; placenta inserita all'avanti marginalmente; parte presentata piede sinistro, un cubito, e cordone non pulsante; si rompono le membrane, si abbassa il piede. Viene alla luce una femmina pesante grm. 330, lunga ctm. 33. La placenta pesa grm. 480, è di un colore roseo, assai friabile, molto adiposa. Il parto durò ore 10 per il 1.° periodo, 0 45 per il 2.°

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	—	—	—	37,4	84	24
2.°	37,4	96	28	39,4	140	40
3.°	37,2	104	28	38	124	24
4.°	36,7	104	24	37,6	106	28
5.°	37,2	104	24	37,5	104	28
6.°	37	92	24	36,8	100	24
7.°	36	100	24	37	100	24
8.°	36,8	104	20	—	—	—

Esce sana l'8 maggio.

Osservazione XXXVI.

Clinica di Milano — Anno 1881 — N. 130.

Di anni 44, attendente alla casa. Accolta il 14 giugno. Precedettero due gravidanze affatto normali. L'ultima mestruazione fu alla metà del novembre 1880. Durante la attuale gravidanza soffrì per insonnia, senso di peso allo stomaco e malinconia. Da tre settimane non percepisce i moti fetali e da 15 giorni notò perdita di latte dalle mammelle. Non si constata alcun segno di vita del feto. Il 22 giugno si determinano le contrazioni uterine amministrando due grm. di segale cornuta, ed alle 8 15 ant. del 23 è espulsa una femmina morta e macerata, pesante grm. 650, lunga ctm. 32. Gli annessi fortemente adiposi pesano grm. 200. Il parto durò ore 10 per il primo periodo, minuti 15 per il secondo.

Andamento dal puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37	64	20	37,4	60	20
2.°	36,5	80	22	37	64	20
3.°	37,5	68	24	37,6	80	24
4.°	37,3	84	24	37,7	80	24
5.°	37,5	80	24	37,4	—	—

Esce sana il 28 giugno.

Osservazione XXXVII.

Clinica di Milano — Anno 1881 — N. 139.

Accolta il 3 luglio, secondipara. Ultima mestruazione terminata al 20 ottobre. L'altro parto fu prematuro ed il feto nacque morto.

Parto il 4 luglio alle ore 2 30 antim. Primo periodo ore 7 15, secondo minuti 15. Femmina macerata pesante grm. 2850, lunga centimetri 48. Annessi pesanti grm. 650. Rottura artificiale delle membrane a dilatazione completa.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,3	80	28	37,1	68	24
2.°	37,3	72	24	37,5	72	24
3.°	37,8	80	20	38	80	24
4.°	37,1	76	20	37,8	72	20
5.°	37,4	76	20	37,8	80	20
6.°	37,5	60	20	38	80	20
7.°	37,8	84	24	38,2	76	20
8.°	37,6	76	20	37,7	68	20

Esce sana il 13 luglio.

Osservazione XXXVIII.

Clinica di Milano — Anno 1881 — N. 173.

Accolta il 9 agosto, di anni 21, servente, primipara. Ultima mestruazione il 22 gennaio. La gravidanza è gemellare. Il parto si espleta il 10 ottobre alle ore 11 ant. Periodo dilatante ore 38, periodo espulsivo per il 1° gemello ore 1, periodo espulsivo del 2° ore 1 15.

Il primo feto, maschio, è macerato in grado avanzato, pesa grm. 1700, fu espulso per il vertice O post. permanente. La placenta di questo affatto distinta dall'altra pesa grm. 270, e mostra sei grosse placche fibrinose.

Il secondo feto, pure maschio, pesa grm. 2250; è vivo, sano, bene conformato, lungo cent. 46. La sua placenta pesa grm. 320: non offre che una piccola placca alla superficie uterina.

Le membrane del primo uovo si ruppero spontaneamente a dilatazione completa.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	—	—	—	36,5	84	24
2.°	37,2	88	24	37,7	88	24
3.°	37,4	100	24	37,2	96	24
4.°	37,5	100	24	37,6	88	24
5.°	37,5	104	24	37,7	108	24
6.°	37,8	100	24	37,7	108	24
7.°	38	104	24	37,8	88	24
8.°	37,3	100	24	38	104	26
9.°	37,2	112	28	37,5	100	24

Passa fra le nutrici con il proprio bambino il 21 ottobre.

Osservazione XXXIX.

Clinica di Milano — Anno 1881 — N. 240.

Di anni 27, servente, accolta il 27 dicembre. Ultima mestruazione al 4 marzo, precedette una gravidanza portata a termine. Partorì alla sera dello stesso dì un maschio macerato, pesante grm. 2400, lungo ctm. 47, il periodo dilatante durò ore 20, quello espulsivo minuti 50. Le membrane furono rotte artificialmente ad 8 ctm. dilatazione bocca uterina. Annessi senza apparenti lesioni, pesanti grm. 700.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,6	84	24	37,5	84	24
2.°	37	68	24	37,8	72	20
3.°	37,4	80	20	37,7	72	20
4.°	37,5	68	20	38,4	84	24
5.°	37	68	24	37,4	64	24
6.°	37	64	20	37,3	60	20
7.°	37,2	60	20	37,3	56	20
8.°	37,3	60	20	37,9	56	20
9.°	37,3	60	20	38	—	—
10.°	37,4	64	20	—	—	—

Esce sana il 6 novembre.

Osservazione XL.

Clinica di Milano — Anno 1882 — N. 124.

Accolta il 25 maggio, attendente alla casa, di anni 38, primipara. Ultima mestruazione alla metà di agosto. Parto il 2 giugno alle ore 2 pom. Primo periodo ore 2, secondo minuti 5. Rottura spontanea delle membrane, essendo la bocca uterina dilatata a 4 ctm. Vertice S. A. Femmina macerata, pesante grm. 1760. La sostanza cerebrale è cambiata in una massa molliccia di tinta oscura.

La placenta pesante grm. 300 è piccola, ha cotiledoni molto distinti, molte placche fibrinose e vecchi coaguli depositati sulla faccia uterina.

Si nota abbondante stillicidio sanguigno dopo il parto (amminist. di un grm. di segale).

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,6	96	20	37,6	96	24
2.°	37,4	72	20	38,3	100	24
3.°	37,5	92	24	37,6	80	20
4.°	37	84	20	38,3	72	20
5.°	37	80	20	37,2	88	22

Volle andarsene il 7 giugno.

Osservazione XLI.

Clinica di Milano — Anno 1882 — N. 146.

Accolta in travaglio il 30 giugno, d'anni 23, attendente alla casa. Precedette una gravidanza interrottasi spontaneamente al 7° mese. — Ultima mestruazione il 25 dicembre 1881.

Partorì alle 11 30 pom. Periodo dilatante ore 11, espulsivo 0 30. — Rottura spontanea delle membrane prima del travaglio. Maschio pesante grm. 820 espulso per il vertice. Offre all'esame marcata depidermizzazione, sostanza cerebrale prosciolta; molto liquido rossastro nei cavi pleurici; polmoni e cuore senza lesioni; fegato giallastro, molliccio; reni fetali ed adiposi; cristallino lievemente tinto in rosso.

Annessi pesanti grm. 250. La placenta mostra marcata degenerazione adiposa, e poche limitate placche fibrinose alla faccia uterina.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,1	76	20	37,2	80	20
2.°	37,1	80	20	37,8	84	20
3.°	37,5	60	20	38	80	20
4.°	37,1	82	20	37,1	76	24
5.°	37	76	20	37,4	64	20
6.°	37	68	20	37	68	20
7.°	37,4	60	20	36,9	70	20
8.°	36,7	70	20	—	—	—

Esce il dì 11 luglio 1882.

Osservazione XLII.

Clinica di Milano — Anno 1882 — N. 156.

Accolta l'11 luglio, di anni 33, servente, secondipara. Non precisa l'epoca dell'ultima mestruazione. Diagnosi di presentazione e posizione fatta con la palpazione addominale (1). Parto il 19 luglio 1882, alle 9 ant. per l'ovoide podalico. Maschio pesante grm. 2380, lungo centimetri 48, depidermizzato con abbondante liquido sanguinolento nei cavi pleuro-addominale. Cordone molto grosso; placenta fortemente grassa e facilmente spappolabile. Gli annessi pesano grm. 730. Il periodo dilatante durò ore 17 45, quello espulsivo minuti 15. Le membrane furono artificialmente rotte a dilatazione completa.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	—	—	—	38,8	100	24
2.°	37,6	108	24	38,5	104	24
3.°	38,5	96	24	39	88	24
4.°	38	100	24	38	96	24
5.°	37,6	88	24	37,1	100	26
6.°	38	88	20	37,9	84	20
7.°	38	84	22	38,4	72	24
8.°	37,2	84	24	37,5	80	20
9.°	37,5	68	20	37,2	—	—
10.°	39,2	92	28	40,1	88	24

Da questo momento segue una cura febbrile, clinicamente legata al decorso di un entero-colite acuta.

Esce guarita il 4 agosto.

Osservazione XLIII.

Clinica di Milano — Anno 1881-82 — N. 275.

Accolta il 15 dicembre 1881, di anni 25, cameriera. Precedette una gravidanza gemellare decorsa normalmente.

---

(1) *Può il palpamento addominale, ecc.* — *Annali Ostetricia*, 1883.

Il 1.o gennaio 1882 ed il 15 gennaio il battito cardiaco fetale fu normalmente percepìto: a partire dal 28 gennaio non si riuscì più a rintracciarlo.

Parto il 1.° febbraio ore 3 38 pom. Primo periodo ore 12 15, secondo 0 20. Rottura spontanea delle membrane a dilatazione di 7 centim. Idramnios. Maschio morto pesante grm. 2730. Annessi del peso di grm. 650, con marcata degenerazione adiposa e qualche focolaio emorragico recente nella placenta.

Andamento del puerperio:

	mattina			sera		
1.°	37,2	82	20	37,9	84	24
2.°	37,2	88	24	38,3	92	24
3.°	38,4	88	24	38,5	104	24
4.°	37,9	92	24	38,5	104	21
5.°	37,6	92	20	37,9	100	24
6.°	38,3	84	24	38,4	92	24
7.°	37,5	86	24	37,5	88	24
8.°	37,8	78	20	37,6	84	24

Passa nutrice il 12 febbraio 1882.

Osservazione XLIV.

Clinica di Milano — Anno 1880 — N. 115 (1).

Primipara, d'anni 20. Parto il 4 luglio. Periodo dilatante ore 21, espulsivo minuti 30. Membrane rottesi spontaneamente. Femmina macerata espulsa per il vertice pesante grm. 2000. Placenta con degenerazione grassa.

Decorso del puerperio *assolutamente apirettico*. Esce il 19 luglio. Si ebbe emorragia uterina in 8ª ed 11ª giornata di puerperìo.

---

(1) Si veda: *Può il palpamento addom.*, ecc. — *Annali di Ostetricia*, 1883.

(Continua).

CASISTICA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

1.° CASO.

Retroversione di 3° grado e retroflessione prodotte e mantenute da una loggia di un cistoma ovarico — Riposizione forzata dell' utero retroverso — Puntura della loggia discesa in luogo dell' utero seguita da peritonite e suppurazione della cisti — Spaccatura per la vagina — Drenaggio: lavatura — Guarigione.

Il dì 26 di marzo u. s. si ricoverava nella sezione ginecologica di questo Ospizio di Maternità in Firenze, Maria Vignali del Ponte a Mensola (comune di Settignano), dell' età di 36 anni, maritata. La malattia, che la donna accusava, era il non poter orinare da 11 o 12 giorni se non siringata. Facendole delle domande con lo scopo di potere comprendere come si fosse originata la sua infermità, ecco quel che potemmo raccogliere. Nata da genitori sani e robusti ha passata la sua gioventù in ottimo stato di salute. A 16 anni fu mestruata per la prima volta, e la funzione catameniale si stabilì affatto normalmente; e così le susseguenti mestruazioni furono tipicamente regolari per periodo di ritorno, durata, qualità e quantità.

A 19 anni passò a marito. Questi, agiato, padrone di vetture, le fece fare una vita assai comoda; se non che nello spazio di 10 anni la Vignali rimase incinta per 5 volte e divenne madre di 6 bambini, essendo stata la seconda gravidanza gemella. Così la crescente famiglia richiedeva molta attività per parte della nostra donna. Dopo l'ultimo parto, che fu nel 1879, cominciarono disturbi e sofferenze, che resero assai angustiata la vita della nostra malata. Cefalea quasi continua, senso di stanchezza che le impediva di poter stare in piedi anche pochi minuti, senso di peso e di stiramento nel piccolo bacino, qualche po' di dolore alla regione lombare, ed ogni tanto scolo leucorroico giallastro,

sciolto, inodoro, non mai però molto abbondante. Fattasi visitare dal medico, questi disse trattarsi di un abbassamento d' utero e non esservi niente da fare, e d'altra parte non vi era alcun serio pericolo. La donna, messosi l' animo in pace, tirò innanzi sino verso la metà dello scorso mese di marzo. Circa quell'epoca, sentendo una notte portare fuori dalle stalle del marito un cavallo ed in ora insolita, balzò in fretta dal letto per correre alla finestra a vedere cosa accadeva. Visto che non v'era niente d'inquietante, orinò e tornò in letto. La mattina di poi sentendo lo stimolo del mingere vi si provò invano. Chiamato il medico questi la siringò, e così qualche altra volta nei giorni successivi e persuadendo così la Vignali a venire a Firenze per farsi visitare dal Prof. Chiara.

Questi constatò subito una retroversione di 3º grado ed una retroflessione, e disse alla donna di entrare nell'Ospizio di Maternità dove ne avrebbe tentata la cura. Portatavisi la donna ed esaminatala con agio ecco quel che si potè trovare. All'esame addominale esterno ventre normale meno che nella regione ipogastrica per 2 dita sopra il pube. Qui con la palpazione si risvegliava un po' di dolore e si apprezzava una consistenza maggiore come se al disotto delle pareti addominali vi fosse raccolto un essudato o uno o più tumori non grossi nè solidi. Anche la percussione dava un'assai marcata ipofonesi. Niente di notevole ai genitali esterni. Procedendo al riscontro vaginale si trovava la vagina stessa del tutto sformata. La parete anteriore era normale e seguendola col dito si arrivava al margine superiore della sinfisi del pube dove si sentiva rannicchiato, quasi direi schiacciato, il collo dell' utero; seguendolo col dito si veniva a ridiscendere sulla parete posteriore della vagina, che era tutta rilevata, e attraverso questa si apprezzava il corpo dell'utero, che col fondo veniva a poggiare sul piano perineale. Col riscontro rettale si apprezzava pure il fondo dell'utero che veniva appunto a coprire il retto, cagionando così stipsi, mentre la compressione che il collo esercitava sull' uretra, stiacciandola contro la parete posteriore della sinfisi del pube era la causa che impediva il libero deflusso dell'orina. In sostanza l'utero aveva del tutto abbandonato il suo posto normale, portandosi anzi col fondo ad un livello più basso del collo, senza che fosse possibile col dito spostarlo nè punto nè poco da questa nuova posizione.

Come era avvenuto questo fatto? Il Prof. Chiara mise in campo

due ipotesi. L'una che il formarsi di un essudato nello spazio del Retius, avesse respinto verso il sacro il fondo dell'utero. L'essudato avrebbe anche di poi invaso lo spazio del Douglas, respingendo così il fondo dell'utero contro il piano perineale. L'altra e per i dati anamnestici, che escludevano un processo di flogosi, era ritenuta assai più probabile, era che lo svilupparsi di uno o più tumori, probabilmente cistici, avesse prodotta quella retroversione, per cui il fondo dell'utero, spinto al disotto del promontorio del sacro, era venuto a confrontare il suo asse longitudinale con un diametro antero-posteriore della piccola pelvi che anderebbe dalla estremità del coccige al mezzo del margine superiore della sinfisi del pube. Inutile il dire che la sondatura dell'utero era impossibile.

Che cosa fare? Il Professore si decise a tentare nel sonno cloroformico la riduzione forzata dell'organo. Riconosciuti inutili i tentativi fatti con le sole mani, prese il grosso cucchiaio del Simon, e con una finissima spugna l'avviluppò, legandovela fortemente perchè non avesse a scivolare; così ottenne un corpo della grossezza di un piccolo mandarino che nello stesso tempo era morbido, resistente e potente, perchè raccomandato ad un robusto manico. Spalmatolo di vaselina fenicata lo portò sul fondo dell'utero, subito dietro la forchetta e contemporaneamente introdusse i diti indice e medio della mano sinistra nel retto; e così per la vagina con la mano destra armata dello strumento, che abbiamo descritto, e con la sinistra per il retto esercitò forte pressione sul fondo dell'utero per riportarlo in alto. In questo primo tentativo, sebbene il Professore dispiegasse molta forza, non riuscì che a smovere alquanto il fondo dell'utero. Allora estrasse i due diti dal retto, e prendendo lo strumento con due mani replicò il tentativo per la via della vagina, dirigendo la forza secondo l'asse del canale.

Per un minuto circa l'utero resistè ancora, poscia bruscamente e con uno scroscio di cui tutti i presenti sentirono il rumore, cedè e rimontò in alto portando il suo fondo sotto la parete addominale, al disopra della sinfisi del pube. Mentre il fondo dell'utero risaliva, a sinistra e a destra comparivano due intumescenze manifestamente fluttuanti, più grande quella di sinistra, del volume ciascuna di un'arancia, che sparvero nuovamente appena riposto l'utero.

Col riscontro combinato oltre la vagina ritornata al suo stato

normale, si apprezzò l'utero che aveva ripreso la sua sede primitiva, forse anzi un po' più alto, e dellle due intumescenze, una era scesa collocandosi dietro la parete vaginale nel posto lasciato dall'utero; quivi col dito si sentiva manifestissima la fluttuazione ora che l'utero era risalito. Per facilitare la permanenza dell'utero nella sede in cui era stato riposto, la donna fu messa in un letto a piano inclinato dai piedi alla testa; sebbene si potesse essere oramai sicuri che l'utero rimontato col suo fondo al disopra del promontorio del sacro, vi sarebbe oramai mantenuto da quegli stessi tumori che ne lo avevano cacciato.

Questa operazione fu eseguita il dì 21 aprile. Nella sera la donna accusò un po' di dolore al basso ventre, ma presto cessò con l'applicazione di una vescica di ghiaccio. — La temperatura non oltrepassò i 37,5°; ma, quel che è importantissimo, la donna potè di poi orinare spontaneamente, ed anche le funzioni del retto si stabilirono regolari.

Il risultato era completo, almeno per quel che riguardava la riduzione della retroversione; cosicchè tenuta per precauzione la donna in letto per 4 giorni, nel 5º le si concesse di levarsi, nè si ebbe a pentirsi di questa concessione, perchè le cose continuarono ad andare normalmente.

Rimanevano i tumori che sentivansi così bene fluttuanti attraverso la vagina. Il Prof. Chiara volle specificarne ancor meglio la natura e contemporaneamente tentarne lo svuotamento: per questo la mattina del 9 di maggio prese, è inutile a dirlo, tutte le precauzioni antisettiche, fece per la vagina una puntura esplorativa. Si raccolsero circa 60 grm. di un liquido di colore rosso marrone, piuttosto denso e filante, ricco d'albumina e di sostanza colloidea. Col microscopio vi si notarono delle cellule rosse e bianche intere ed in detriti, alcuni ammassi di sostanza granulosa, ma non vi si trovarono cellule epiteliali.

Nella giornata la donna fu tenuta in letto e non accusò alcun disturbo; così pure nella notte susseguente; cosicchè la sera del dì 10 le fu permesso di fare un bagno. Se non che dopo il medesimo la donna invece di tornare subito in letto passeggiò per la camera e con assai vivacità, perchè godeva di un benessere insolito per lei.

Nella notte però fu presa da fortissimi dolori intrapelvici, ebbe un intenso brivido di freddo, e verso il mattino del dì 11, chiamata l'inserviente e poi il medico fu presa la temperatura che

si trovò di 38°, ed applicato del ghiaccio sull'addome. — Alle 11 ant. la T. era 39,1°, P. 90, R. 22 — alle ore 3 p. T. 39,4°, P. 96, R. 24 — alle ore 9 p. T. 39,4°, P. 100, R. 26. — In tutta la giornata la donna accusò sensazione di freddo e dolori al basso ventre. — Fu amministrato ghiaccio e generose dosi di vino di Marsala con tintura alcoolica di China.

Nei giorni susseguenti si ebbe presso a poco la stessa fenomenia, se non che la T. qualche mattino era appena 37,4°, però elevandosi nel corso della giornata per arrivare la sera a 38,6°, di rado a 39.

Le forze della donna deperirono notevolmente, si fece triste e melanconica, per niente piangeva, e così il dì 21 maggio volle ad ogni costo essere trasportata a casa sua. La sconsigliava il Professore, perchè egli era nella convinzione che questa fenomenia fosse il risultato dell'infiammazione e suppurazione della cisti punta e che lasciandosi fare una piccola operazione la sarebbe andata guarita. Egli ammetteva il concetto che per lo strapazzo che fece la donna la sera del giorno susseguente alla puntura esplorativa, non ancora essendosi consolidato l'essudato che si forma sempre attorno al tramite della puntura, si fosse turbato il parallelismo della ferita fra le pareti vaginali, a ripiegatura peritoneale e le pareti della cisti, e che da questa si fosse versato nello spazio del Douglas un po' di liquido che aveva di poi svegliato il processo settico, al quale si assisteva dal dì 11 maggio. — Si proponeva ora di aprire dalla via della vagina un'uscita a questa raccolta di pus e liberare così la donna dalla setticemia, se non dal tumore per il quale era indicata la laparotomia che la donna non voleva udire neppure soltanto nominata, come non volle acconsentire alla puntura e come dicemmo il 21 maggio volle essere trasportata al suo paese. Quivi giunta si mise nelle mani di un semplicista, che le diceva che l'avrebbe guarita con unzioni sull'addome. E ne praticò diverse, sebbene il medico condotto del suo paese facesse alla donna più volte serii rimproveri; ed in capo a qualche settimana, durante il qual tempo era ogni tanto presa da brividi e tutte le sere da febbre; sentendosi deperire sempre più, credendosi anzi vicina alla morte rimandò il marito dal Prof. Chiara pregandola di volerla visitare. Il Professore mandò uno dei suoi assistenti (lo scrivente) che trovò la Vignali in condizioni generali deplorevolissime, febbricitante, in preda a continuo travaglio di stomaco, polso piccolo appena sensibile, in

istato insomma che difficilmente la si sarebbe riconosciuta. Il ventre teso, fortemente meteorizzato era ricoperto di una pomata che all'aspetto pareva mercuriale. — La donna disse che da due giorni non poteva più orinare. Al riscontro vaginale, che non potè essere fatto combinato per la tensione delle pareti addominali, sentendo la vagina tornata nelle condizioni in cui era avanti la riposizione dell'utero, cioè un corpo che attraverso la parete vaginale posteriore pareva per forma e consistenza il corpo dell'utero e pensando a quel che diceva la donna di non poter più orinare da due giorni, l'assistente fu tratto in errore e credè che l'utero si fosse nuovamente retroverso. Consigliò pel suo meglio la donna a tornare in Maternità per mettersi in cura del Professore. Infatti qualche giorno dopo, precisamente il dì 11 dello scorso giugno, vi si ricondusse.

Parve impossibile al Professore che l'utero si fosse nuovamente retroverso; difatti con un attento esame (ed era facilitato dall'essere scomparso il meteorismo) si sentì che l'utero si conservava nella posizione in cui forzatamente era stato riposto; la sua cavità misurava ctm. 7,7 e la sonda rigida rimaneva con la concavità volta in basso. Quell'intumescenza che si sentiva attraverso la parete posteriore della vagina si era fatta più cedevole, più pastosa, ed il dito esercitato del Professore vi giudicò una raccolta di pus. In alto poi ed a sinistra si avvertiva distintissima fluttuazione.

Il Professore era sempre nell'idea che aveva avanti che la donna partisse, di aprire cioè per la parte della vagina un'uscita a quella raccolta purulenta; ma avanti di accingervisi volle fare nell'intumescenza notata una puntura esplorativa. Questa fu fatta il 17 giugno con un ago capillare e se ne ottenne circa un cucchiaio di pus cremoso, denso, però di buona natura. Oramai la linea di condotta non era più in dubbio.

Il 19 giugno, cloroformizzata la donna,, il Professore mediante un bisturì spaccò con un taglio di 3 ctm. l'intumescenza sulla parete posteriore. Da prima ne uscì un pus uguale a quello che si era ottenuto con la puntura: dipoi introdotto un dito si sentiva di penetrare in una cisti le cui pareti spessissimo erano ricoperte di pus condensato, stratificato. Però superiormente ed a sinistra la parete della cisti era più sottile, e col riscontro combinato si avvertiva fluttuazione manifesta in un tumore della grossezza d'un'arancia. Senza dubbio un'altra loggia del cistoma

colloideo o proliferante. Lavata la cavità con una soluzione di deutocloruro di Hg. si mise un tubo a drenaggio; poi si applicò la medicatura Lister.

La sera stessa la donna accusò senso di benessere: la temperatura che nei giorni antecedenti aveva oscillato sempre fra i 38° e i 39° gradi, scese a 37,3°, P. 68, R. 18. La notte la donna riposò tranquilla. Alla mattina susseguente era apirettica. Fu rifatta la medicatura lavando ancora la cavità, dalla quale uscirono molti frustoli di pus, che dall' odore nauseabondo di cacio, si sarebbe detto ricco di colesterina. Le cose andarono quindi sempre migliorando. Dopo 4 giorni la cavità della ciste era ridotta per modo che vi penetrava appena l' apice del dito indice, e con uno specillo non misurava più di 4 ctm. Il 28 di giugno la cavità si poteva dire scomparsa. Il dì 30 di giugno fu permesso alla donna di levarsi. Il due di luglio il piccolo infundibolo, che rimaneva laddove era stata praticata la spaccatura, fu cauterizzata con il nitrato d'argento in cannelli.

Da quel momento non si è usata alla donna nessuna cura speciale. Il cessare della febbre, ed il tornato appetito, per cui è stata possibile una buona nutrizione han fatto sì che la donna sia tornata in buone condizioni di salute. Queste, è vero, non sono perfette a causa della cisti colloide che ancora esiste, e che andrà aumentando; ma al presente non dando alcun disturbo, la donna si può considerare come guarita.

Qualche considerazione importante offre questo caso clinico. Così ci offre di potere constatare praticamente di quanta gravità può riuscire una semplice puntura esplorativa. Nella Vignali fu praticata, essendosi prese tutte le precauzioni che un chirurgo convinto dell'efficacia dell'antisepsi deve prendere per garantirsi dell' infezione. E si può dire che setticemia per l' atto operativo in sè non venne, come lo prova l'essere stata apiretica la donna per quasi due giorni (40 ore) consecutivi alla puntura. Se vi fu errore, fu l'aver usata troppa condiscendenza nel permettere alla donna, che voleva partire, di fare un bagno 30 ore circa dopo la puntura; cosa della quale la Vignali non si contentò, e contro il divieto, fidandosi del senso di benessere che provava, passeggiò e si strapazzò avanti di tornare in letto. A questo fatto si deve l' interruzione della contiguità che era fra la parete della cisti e il fondo dello spazio del Douglas; interruzione avvenuta perchè

l'essudato che si era formato attorno al tramite della puntura, e per dir così, l'inguainava, non aveva ancora avuto tempo di consolidarsi. Quindi qualche goccia di liquido cistico non asettico si era versata nel cavo, vi aveva destata la parziale peritonite descritta e la suppurazione della loggia di ciste che occupava lo spazio del Douglas; e questo processo morboso (non è a dubitarsi) avrebbe portato alla morte della donna, se l'arte stessa, che aveva prodotto il male, non fosse giunta in tempo ad apporvi rimedio.

Questo rimedio — osservarono taluni che poterono studiare questo caso — poteva essere più completo, svuotando l'altra loggia del cistoma che si sentì al disopra di quella suppurata. Ma a che pro'? Non si poteva dubitare della diagnosi posta di cistoma proliferante, quindi ad una loggia svuotata se ne sarebbe sostituita un'altra certissimamente, come si vede abitualmente avvenire per la natura di questi cistomi; che anche se appaiono costituiti da una sola loggia, osservando bene al luogo d'inserzione del peduncolo si trovano molte altre loggie sebbene piccolissime. Ora è evidente, che tolta l'una non si farebbe che preparare lo spazio per lo sviluppo d'un'altra. O asportare tutte le loggie; o niente, far cioè la laparotomia che la donna sempre rifiutò.

Considerazione più importante è quella che riguarda l'etiologia della retroversione. Questa senza dubbio è dovuta allo svilupparsi del cistoma, questo è appunto l'importante essendosi comportato in modo affatto diverso, da quel che abitualmente fanno. In generale questi tumori non contraggono aderenze con l'utero, e trovando meno resistenza superiormente, dalla parte cioè della matassa intestinale che non inferiormente verso il piccolo bacino, si sviluppano appunto nella grande cavità addominale portandosi in alto, come precisamente fa l'utero quando è sede di gravidanza. Se poi, come talvolta si è osservato, un cistoma con l'utero contrae aderenze, in tal caso le stira con sè in alto, ed in questi casi in generale si trova quest'organo ipertrofico, con l'esame della sonda si ha allungamento della cavità e col riscontro vaginale talvolta si arriva difficilmente al collo.

Niente di tutto questo nel nostro caso. Io credo che una loggia del cistoma abbia cominciato a svilupparsi nello spazio del Retius; adagio adagio abbia spinto il fondo dell'utero verso il sacro. Per il movimento brusco che fece la Vignali quella notte che saltò dal letto, questa loggia invase lo spazio del Douglas, spinse l'utero al disotto del promontorio, entrando ella stessa al

disotto del promontorio. Ed il suo volume era tale che potè in uno sforzo scendere nella sede descritta, ma non potè poi più risalire perchè l'angolo sacro vertebrale vi si opponeva. Per la cedevolezza delle sue pareti potè poi lasciare spingere il fondo dell'utero al disopra del promontorio, ma essa non risalì, rimanendo così ad occupare lo spazio del Douglas che per la sua presenza era disteso e spinto in basso in modo da far rigonfiare la parete posteriore della vagina. — Se poi la diagnosi di cistoma proliferante non è infondata si presenterà un giorno la indicazione alla laparotomia che forse l'ammalata, confidente ora nell'arte, accetterà; ma non è azzardata la supposizione, dopo quanto avvenne, che la estirpazione del tumore offrirà non lievi difficoltà, specie per le aderenze con il residuo della cisti punta, e il circostante peritoneo della piega di Douglas.

2.° CASO.

Ferita mediante una scheggia di vetro della parete addominale, dell'utero, della placenta e del feto in donna gravida a termine — Parto naturale — Guarigione.

Il giorno 10 del c. m. fu riferito confusamente al Prof. Chiara di un caso strano avvenuto nel paese di Brozzi a circa 10 chilometri da Firenze. Si trattava di una donna gravida che accidentalmente cadendo era rimasta sconciamente ferita nell'addome e nell'utero, e non ella sola ma anche il feto sarebbe rimasto ferito; e si raccontava il bambino e la madre vivi. Compreso che il caso era importante ad osservarsi, il Prof. Chiara, invitati a seguirlo il Dott. Vanni, la maestra levatrice signora Bertocchi e lo scrivente, si portava a Brozzi. Quivi fummo gentilmente ricevuti dal Dott. Massimiliano Cartei, al quale dobbiamo il potere ora riferire con esattezza il caso.

Baroni Maria, di anni 34, coniugata, sarta di professione, IVpara, donna sana e robusta, ma con pannicolo adiposo sottocutaneo pochissimo sviluppato. L'ultima mestruazione l'aveva avuta verso il 20 d'agosto 1883, cosicchè il calendario segnava l'epoca del parto dopo il 20 maggio 1884. Nella sera del 19 maggio di questo anno, verso le 11 pom., la Baroni scendeva una scala composta di cinque scalini, tenendo in una mano una grossa boccia da ta-

vola ripiena d' acqua, nell' altra il lume. Incespicò nel vestito, si trovò persa e cadde nel sottoposto impiantito con la faccia in avanti. Esclude d'aver sofferto un capogiro, che del resto mai ebbe a soffrire. Cadendo, la boccia le scivolò di mano e si ruppe sul terreno in frammenti, alcuni dei quali, scheggiandosi il vetro, rimasero taglienti come rasoi, e nello stesso tempo robusti perchè la boccia, come notammo, era di pareti assai spesse. Ho preso per curiosità uno di codesti frammenti, che alla base è spesso circa un centimetro, e al margine, dove appunto si è sfaldato, è così tagliente che non la cede a nessun bisturi. Ed il tagliente rimaneva volto verso l'alto, perchè quel frammento, ed altri consimili, formato da parte della base della bottiglia, e da parte delle pareti, poggiando sul terreno con la base, rivolgeva in alto appunto quella parte della parete, che sfaldandosi era diventata taglientissima. Vi cadde sopra la donna, e naturalmente spaventata si dette a gridare. Corsa gente in suo soccorso fu levata di là e posta sul letto. Il luogo sul quale cadde fu trovato bagnato di molta acqua con qualche stilla di sangue. Era soltanto acqua o vi era ancora liquido amniotico? Spogliata la donna, una vecchia servente dello Spedale di Firenze constatò che da una ferita dell' addome uscivano fuori varie anse intestinali, tanto da riempirne un cappello, così mi disse. Adagio, adagio — mentre si aspettava il medico — quella donna introdusse gli intestini. Il medico arrivato constatò una ferita delle pareti addominali sulla linea che riunisce l'ombelico nella spina iliaca anteriore superiore sinistra, ad un dito dalla cicatrice ombelicale; ferita lunga 3 ctm., nettamente lineare, che non dava sangue, ma che fra le sue labbra riteneva parte di omento.

Ben nettata la ferita, non apparendo sintomi di lesioni viscerali, sentendo che l' utero era deviato obliquamente a destra e due dita trasverse circa lontano dalla ferita, credè bene di suturare le pareti addominali con tre punti staccati. Fatta la medicatura vi sovrappose una borsa di ghiaccio.

Altra ferita lacero contusa aveva riportato la donna alla regione del polso, distante un dito trasverso dall'articolazione radio-carpea, obliqua dall'interno all' esterno e dal basso all' alto, lunga circa due ctm. e che lasciava allo scoperto l'arteria radiale. Anche questa ferita fu regolarizzata, suturata e medicata. La donna fu naturalmente tenuta in letto. Nei tre giorni successivi fu leggermente febbricitante, non oltrepassò i 38°. Non vi fu nessun fenomeno

che richiamasse specialmente l'attenzione; se non che l'utero parve alquanto impiccolito. In quarta giornata non vi fu nemmeno elevazione termica. La mattina del giorno 24 la donna fu sorpresa dai dolori del parto. La levatrice chiamata, riconosciuta una presentazione del vertice in posizione O. I. S. A, riconosciuta la regolarità del travaglio, aspettò che il parto si compiesse avvertendo il medico solo perchè si era mostrato interessato di presenziare quel parto. Questo nel parto vi fu di notevole, l'assenza quasi completa del liquido amniotico, del quale ne uscì pochissima quantità ai primi dolori, poi non se ne vide altro.

Verso il mezzogiorno la donna si era sgravata. Esaminato il feto lungo la linea emiscapolare destra ad un dito di distanza dell'angolo inferiore della scapola, si riscontrò una ferita quasi ancora fresca della lunghezza di circa 3 ctm., quasi lineare, che si approfondiva appena nel derma; si conobbe subito che lo stesso corpo che aveva ferito la madre aveva altresì ferito il feto. Nella placenta pure verso la periferia si riscontrò egual ferita.

Nei primi giorni dopo il parto la donna ebbe a soffrire un leggero meteorismo, e qualche po' di febbre che la sera cresceva alquanto, portando anche vivo senso di sete. Però dopo 15 giorni le cose si ristabilirono affatto normali. La lochiazione fu affatto identica a quel che si osserva nel più dei casi.

Dopo cinquanta giorni il Prof. Chiara, io e gli altri rammentati potemmo constatare la cicatrice delle pareti addominali un poco irregolare perchè i tre punti avevano suppurato; nel bambino la cicatrice sulla regione dorsale destra dove appunto doveva essere per i rapporti che esistono fra il feto e la madre nelle presentazioni del vertice in posizione O. I. S. A. Vidi altresì gli abiti che la donna indossava la sera della caduta; un leggerissimo vestito di cambric, una usuale sottana di lana, altra sottana leggera di cotone e la camicia.

Il Prof. Chiara manifestò il desiderio di esplorare la donna; questa accondiscendendo egli trovò l'utero voluminoso, poco mobile, antiflesso e antivervo; i fornici distesi, appianati, più il destro che il sinistro, il destro era altresì sede di intenso dolore. Vi erano traccie di pregressa parametrite anulare, prevalente però a destra. Del resto oramai la guarigione può dirsi assicurata.

Dott. Antonio Martinetti
Medico Assistente nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze.

DELLA PRESSIONE DEI FEMORI

E DELLA

SUA INFLUENZA SULLA FORMA DELLA PELVI

STUDIO

di Francesco H. Champneys, M. A., M. B (Oxon), F. R. C. P.

Assistente professore di ostetricia ecc., ed ostetrico assistente all'Ospedale di S. Giorgio.

dalle « Transactions of the obstetrical Society of London »
Vol. XXV, 1883

London Longmans, Green ad C.° 1884

TRADOTTO DA

GIULIO KIRCH
Medico Assistente nel R. Istituto di Maternità di Firenze

Prima di esporre il resultato delle mie ricerche, non sarà disutile fare risaltare alcuni punti principali sulla storia di questa quistione.

La storia della letteratura sugli studi della pelvi, mostra varii indirizzi e vari metodi di studio. Gli anatomici di altri tempi, come Cruveilhier e Hyrtl vertono ogni loro attenzione al sacro, l'azione del quale, a mo' di cono, era stabilita dal Dubois e dal Gavarret; però tale maniera di considerare le cose fu combattuta da Matteo Duncan, e al giorno d'oggi non si trova che nei libri di testo, quasi vi stesse a confusione dello studente.

Ma tutti gli studii sulla pelvi furono vaghi e non bene certi finchè non si conobbe la posizione normale di questa, e fu Naegele quegli che determinò la inclinazione della pelvi normale, e Weber e Meyer descrissero le leggi che regolano il meccanismo della stazione e della deambulazione. Questo lavoro è tanto importante che in vero reca meraviglia la dimenticanza che la pelvi

fosse studiata soltanto sotto questo punto di vista e fossero tralasciati tanti altri fatti importanti.

I primi studii sulla pelvi furono esclusivamente di meccanica statica e si aggirarono sopra pelvi che già avevano raggiunto il completo sviluppo e che si consideravano modificate dalle sole leggi di gravità.

Gli effetti dinamici dell'azione muscolare hanno dato luogo ad un altro ramo di ricerche, le quali tuttavia (con una eccezione) non sono mai state continuate con grande cura, ed esse si devono raccogliere a frammenti dagli scritti di Hubert, Valerius, Spiegelberg, Freund ed altri. Nel lavoro di Kehrer per altro, abbiamo una delle fonti più attendibili per tutto quanto riguarda la letteratura della pelvi. Una nuova êra si apre con i serii studii della pelvi durante il suo periodo di sviluppo, e specialmente i lavori di Fehling sulla pelvi fetale normale e di altri (confr. Shliephake) sulla pelvi fetale rachitica, hanno dimostrato che tale argomento deve essere ancora ampiamente studiato. Ed in vero questo ramo di studii richiama tanto l'attenzione sul modo di accrescere e di svilupparsi delle ossa (per lungo tempo attribuiti ed altre cause), che è necessario farne qualche cenno.

Nel classico lavoro di Litzmann le cause della forma della pelvi sono così enumerate:

1. Forma primitiva, sviluppo ed accrescimento delle parti componenti la pelvi.
2. Peso del corpo.
3. Resistenza delle ossa e delle cartilagini.
4. Trazione e pressione dei muscoli.

Di queste cause la prima è quella che per ultimo ha attirato la mente di coloro che si sono dati allo studio del bacino.

Ma avanti di procedere oltre dovremo nuovamente ricorrere ai lavori del Fehling e di altri. È stato generalmente ammesso che la pelvi fetale non era espansa trasversalmente e che questa espansione nel senso trasversale avviene soltanto dopo la nascita. Fehling ha inoltre dimostrato che gli argomenti ricavati da studii fatti sopra pelvi fetali secche, non sono sostenibili per renderci ragione dei cambiamenti plastici della pelvi quali avvengono nel periodo del suo sviluppo. Egli prova che l'espansione in senso trasversale dei margini (delle ossa iliache) si trova già al terzo mese di vita fetale e che la forma a « lungo ovale » creduta e ritenuta normale è una eccezione rara e patologica. Le differenze

pelviche attinenti al sesso si osservano già esattamente nel feto di cinque mesi. La pelvi semplicemente piatta si riscontra pure al quinto mese. La pelvi di un feto maschile è più profonda (verticalmente) e più stretta, quella femminile è meno profonda (verticalmente) e più larga, gli acetaboli sono più distanti fra loro; e queste sono anche le differenze nelle pelvi adulte. La forma della pelvi fetale è più somigliante a quella adulta di quanto fino ad ora si è creduto. I cambiamenti di forma non possono essere attribuiti alla gravità, possono appena spiegarsi con un' azione straordinaria dei muscoli, il feto mobile nel liquido amniotico non avendo punto d' appoggio, eppure lo schiacciamento è già stato osservato al terzo mese, quando gli arti inferiori e specialmente i loro muscoli sono appena appena sviluppati. Molte particolarità della pelvi rachitica devono considerarsi come derivanti da un arresto di sviluppo dello stato fetale, altre derivanti da una posizione esageratamente e anormalmente continuata del feto specialmente nelle pelvi fetali rachitiche. La posizione perpendicolare delle ossa iliache è probabilmente dovuta alla eseguità dell'azione muscolare e alla pressione endo-addominale; in feti macerati con il ventre gonfio le ossa iliache sono più orizzontali.

L'azione muscolare può essere la causa dell'avvicinamento delle spine iliache anteriori superiori nella seconda metà della vita fetale. Nel feto le spine anteriori-inferiori sono molto piccole. Lo stirare che fanno i ligamenti sacro-iliaci e molto meno importante di quanto fosse supposto, poichè la pelvi fetale acquista senza di essi il suo sviluppo trasversale. Se la pelvi del neonato fosse così cedevole che il peso del corpo realmente facesse piegare le ossa iliache, questo si avvertirebbe prima e meglio nelle tenere parti cartilaginee e quindi sugli acetaboli e sulle ale del sacro. Gli acetaboli non mostrano segni di insolcature e ciò non ostante sono facilmente infossati in un neonato quand'anche non vi sia aumento del diametro trasverso. Inoltre il fulcro (l'ala del sacro) dovrebbe mostrare i segni di pressione, mentre al contrario la pelvi femminile che è singolarmente ampia, ha le ali del sacro particolarmente larghe. La parte più sottile dei suoi margini è appunto anteriormente alla sinfisi sacro-iliaca ed anche la maggior curvatura nei neonati è più in avanti, laddove l'osso è più grosso. Se la pelvi del neonato è così cedevole che nei primi anni il grosso osso iliaco si piega sotto l' influenza di una pressione meccanica, perchè vi ha tanta differenza fra una pelvi nor-

male ed una osteomalacica, e perchè tanta differenza fra le pelvi rachitiche e le osteomalaciche? Bisogna quindi esattamente determinare gli effetti dello sviluppo da una parte, e dall'altra vedere quale influenza vi abbiano il peso del corpo e le trazioni muscolari. Intanto Fehling conchiude che:

1. Lo sviluppo trasversale della pelvi fetale dipende da una formazione originaria (embrionale) e comparisce molto presto Quindi la teoria che essa è dovuta al peso del corpo è superflua.

2. Le differenze sessuali nella pelvi si presentano generalmente dal quarto mese in poi e sono perfettamente distinguibili alla nascita.

3. La pelvi del feto e del neonato mostrano già uno sviluppo nel senso trasversale ed una curvatura assile assai marcata del sacro.

4. Le somiglianze di questo sviluppo trasversale con quelle di un sacro di pelvi rachitica ed alcune altre circostanze indicano in quelle pelvi un arresto di sviluppo ad un dato periodo della evoluzione fetale.

Tali sono le conclusioni del Fehling.

La pelvi rachitica fetale è stata studiata da Kehrer, Shliephake e da altri.

Kehrer, gli scritti del quale sono anteriori a quelli del Fehling, con non buona logica, studiò la pelvi giunta al suo completo sviluppo e non prestò alcuna attenzione alle forme pelviche primitive. Egli considerò, e questo era, si può dire, il suo tema favorito, quasi esclusivamente l'azione muscolare e specialmente dello psoas, dei medi fasci del muscolo iliaco dello elevatore della spina, e di tutti quei muscoli dell'anca che a forma di raggi convergono verso la parte superiore del femore.

Egli conchiude che molte delle caratteristiche della pelvi rachitica non si osservano di già negli arti inferiori del feto e del bambino e che per conseguenza esse non possono essere l'effetto del peso del corpo e della contro-pressione dei femori, ma sono soltanto dovute all'azione dei muscoli e dei ligamenti. « È quindi provato, egli dice, che nei rachitici l'azione muscolare giuoca una molto maggior parte di quanto fino ad ora si supponeva. Dopo le mie osservazioni non voglio indagare più oltre quanta parte abbiano il peso del corpo e la contro-pressione dei femori sulla produzione di effetti plastici nella pelvi rachitica. Tutt'al più

queste forze si possono invocare come ausiliari della più importante o per sè stessa sufficiente azione muscolare. »

Shliephake ed altri hanno descritte diverse pelvi fetali rachitiche in cui si riscontravano le caratteristiche comuni della rachitide.

Delle cose riportate ci basti osservare che sebbene le conclusioni del Fehling possano essere seriamente e validamente confutate e combattute, non si deve dimenticare che le forze relative dello sviluppo, della gravità e dell'azione muscolare devono anche, sebbene in piccola parte essere prese in considerazione quanto alla loro influenza sulla forma del bacino. Le conclusioni del Kehrer, che assegna all'azione dei muscoli e dei ligamenti l'unica causa o almeno la quasi esclusiva causa delle deformazioni rachitiche, valgono per una sola delle proposizioni del Fehling sopra citate. Bisogna inoltre osservare che le conclusioni del Fehling si partono e derivano da una falsa premessa; ma questo può scusarsi se si ha riguardo al fatto che le conclusioni sulle azioni muscolari sul bacino ci vengono da uno che ha fatto tanti utili studi ed esperimenti sull'azione muscolare in genere e che per questo lo si deve scusare, poichè è da considerarsi come entusiasta di siffatti studi.

La lettura attenta di questo lavoro del Fehling ci fa quasi disperare di potere trovare altri argomenti per provare l'origine della forma della pelvi, poichè pare che egli abbia considerate ed esaurite tutte le condizioni meccaniche volute per considerare tale forma. Però tale impressione presto si dilegua quando si pensi alla pelvi osteomalacica, una pelvi nella quale qualsiasi azione, eccetto quelle di pura meccanica sia eliminata, e che mostra appunto che dobbiamo rammentarci le leggi dello sviluppo anche là dove e quando non si possano provare; così il potere delle azioni meccaniche dalla pelvi osteomalaciche si riporta alle altre dove non si può spiegare tale potere, ma dove certamente esiste ammenochè non si voglia negare la sua azione sulla pelvi osteomalacica.

Premesse queste poche parole prendiamo in istudio il nostro argomento.

L'influenza della « pressione allo interno dei femori » quasi sempre invocata per spiegare le deformità pelviche, è stata presa tanto in considerazione, che sembrami necessario dovervi fare alcune ricerche sopra.

E prima di tutto dirò che è impossibile leggere molto della letteratura su questo argomento e studiarne le figure esplicative, senza essere colpiti dalla impressione che, quasi universalmente, è stato convenuto che non solamente la direzione del collo del femore rappresenta la direzione della forza di pressione allo interno, ma che questa sola basta oggi giorno a spiegare il fatto. La deformazione nella pelvi triangolare è caratteristica, ed è facilmente spiegata col dire che essa deriva dalla pressione dall'alto al basso del peso del corpo, all' indietro, e dalla contropressione dei femori sugli acetaboli verso l' interno. Poche parole basteranno a dimostrare che questa non è una spiegazione sufficiente.

1. *La forma del femore,* finchè l'osso resta un'asta rigida, non ha niente che fare con la trasmissione di una forza attraverso di esso. Una sbarra può essere costituita dalle linee curve o dalle combinazioni di curve, ma finchè resterà rigida una forza vi si trasmetterà dalla potenza alla resistenza come se queste fossero riunite da una linea retta. Tale è il principio utilizzato nel forcipe Tarnier. Il peso del corpo e la resistenza del suolo agiscono sull'acetabolo e sui piedi come se fossero uniti da una linea retta. Il collo del femore esiste solo per facilitare la agilità, la deambulazione e per facilitare la potenza della leva che rappresenta il femore e che a tale scopo è pure cilindrico e vuoto.

2. *La disposizione delle cellule ossee* nel collo del femore, dimostra la stessa cosa. Il maggiore strato è disposto quasi verticalmente dalla testa alla superficie inferiore del collo che è molto grossa e forte. Da questi strati verticali altri corrono trasversalmente verso la parte superiore del collo che è fine. Questi evidentemente sono rinforzi per assicurare il collo, per quanto è possibile, dagli spostamenti ai quali, per la sua forma, sarebbe esposto, e che realmente accadono se la sua tessitura è alterata. Finalmente la parte terminale superiore dell' asta è costituita da cellule fatte a cupola.

Questa disposizione porta ad una trasmissione della forza in senso verticale a dispetto delle difficoltà che sarebbero date dalla direzione del collo. Conchiuderemo noi dunque per questo che non vi ha una pressione verso l'interno esercitata dai femori? Sarebbe impossibile mantenere tale una posizione a quasi tutte le pelvi assimetricamente deformate, e specialmente delle osteomalaciche, sulle quali, come sopra, un modello in cera si vede chiaramente impressa e spiegata l'azione delle principali forze.

Tuttavia la cosa è tanto lontano dall' essere evidente che si è creduto opportuno considerarla soltanto riguardo a certe pelvi. Sarà quindi bene considerare l'una dopo l' altra tutte le origini della pressione dei femori. Queste si dividono in due principali:

1. Resistenze passive.
2. Le azioni dirette.

1. Le resistenze passive agiscono contrariamente al peso del corpo e sono date:

a) Dalla resistenza delle ossa.
b) Dalla resistenza dei ligamenti.
c) dalla azione delle coppie.

2. Le forze dirette comprendono le azioni dei muscoli.

Prenderemo in considerazione tutte queste forze l' una dopo l' altra, sia quelle che riguardano le parti che uniscono i femori alla pelvi, che quelle che riguardano le diverse parti della pelvi *inter se.*

1. *a)* La prima delle resistenze da prendersi in considerazione, è quella offerta dalla sinfisi del pube. Solamente v' ha da osservare che in questo caso la resistenza è esercitata contro al divaricamento delle ossa del pube, dall'azione delle ossa iliache che agiscono a mo' di due travi verso un punto. Non è nostro intendimento riandare nella questione che riguarda tale azione esercitata dalle ossa iliache; non solamente la loro azione adesso è universalmente accettata, ma si ha la spiegazione di quasi tutte, se non tutte le deformazioni pelviche quando venga meno l'azione del peso del corpo. L'autore di questa teoria, tuttavia così parla della resistenza passiva della sinfisi del pube: « Nella spiegazione che tiene dietro, l' arco anteriore sarà completamente messo da banda; ..... questo fatto (cioè l' essere la parte superiore ed inferiore dell'arcata solamente unite da cartilagini durante il periodo di sviluppo), e la poca mobilità della sinfisi del pube, annulleranno in gran parte, se non del tutto, la sua influenza nel modificare lo sviluppo della parte superiore della pelvi. »

Non possiamo ammettere per buona questa spiegazione. Che una cartilagine agisca con la stessa potenza che un osso, è obbiezione abbattuta dagli esperimenti del Freund (l'unica prova diretta della teoria della leva), il quale sospende il corpo di un bambino verticalmente, tenendolo appoggiato sulle ossa iliache; la sinfisi del pube allora si divide e le ossa del pube si divaricano *(Mourt. f. Geburtskunde,* Band XIII, 1859, S. 202). Questa è

una prova diretta che la sinfisi del pube in minima proporzione si oppone agli urti della parte più bassa dell'ileo, che dovrebbe agire da puntello dal basso all'alto. Qui accade acconcio dire alcune parole sopra i bellissimi scritti dello Schroeder sullo sviluppo della pelvi. Questi servono a dimostrare quanta parte abbia ognuna delle forze: 1) peso del corpo; 2) resistenza della sinfisi pubica; 3) la pressione laterale dei femori nelle modificazioni della forma della pelvi; e sono basati sopra confronti tra la pelvi di un neonato, la pelvi normale della donna, la pelvi divisa, la pelvi piatta, la rachitica e la osteomalacica. Tale lavoro dello Schroeder è scritto benissimo e quando fu scritto fu molto lodato, ma esso si basa sopra la supposizione che la pelvi del neonato e del feto è priva della espansione laterale e non ammette il fatto di pelvi rachitiche già esistenti avanti la nascita con un marcato schiacciamento. Per questo le conclusioni sono sbagliate, come ha fatto notare il Fehling. La pelvi spaccata nello stesso modo, essendo dovuta ad una deformità congenita e per questo esistendo avanti che vi possano aver dato causa azioni meccaniche non può essere portata a comprovare con evidenza l'azione delle cause surriferite. Però dicendo questo, non vogliamo non ammettere che tali forze non esistano, poichè può esser provato che esse entrano in qualche modo in azione, ma solamente constatare il fatto che gli esempi riportati non valgono a provare la loro esistenza.

Qui come altrove nelle nostre ricerche vedremo che dovremo ricorrere alla pelvi osteomalacica. Allora si vedrà che mentre in una pelvi normale bene sviluppata, gli acetaboli sono situati in una linea posta esternamente a quella su cui agisce il peso del corpo, se si scende man mano fino alla osteomalacica, troviamo che le cavità cotiloidee sono in relazione inversa, cioè poste internamente alla linea su cui agisce il peso del corpo. Con tutto che la resistenza con una spinta dall'esterno di un estremo del tronco verso l'osso iliaco possa crescere, però la reazione non potrà mai superare l'azione. Questo spostamento quindi non si può attribuire alla resistenza passiva della sinfisi del pube.

Quindi la *pressione dei femori* è qualche cosa *di più che il resultato della resistenza della sinfisi pubica*

b) Dobbiamo quindi considerare *la resistenza passiva dei legamenti che uniscono il femore con la pelvi.*

I legamenti possono agire soltanto passivamente nelle articola-

zioni, per la resistenza che offrono ai movimenti muscolari o di altro genere, ed entrano in giuoco solo quando il movimento normale tende ad essere esagerato.

Inoltre agendo in modo da prevenire il divaricamento delle loro origini ed inserzioni, una loro cresciuta tensione è caratterizzata nelle ossa fisse da questa o quest' altra deformità, o una più o meno limitata deformità alle loro inserzioni, con un'azione più o meno estesa in proporzione alla forza dell' osso e la loro attitudine ad agire come leve.

Finalmente il loro aumentato lavoro è caratterizzato da una ipertrofia dell'osso ai loro punti d'inserzione.

Il solo ligamento dell'articolazione coxo-femorale inserito a qualche distanza dall'acetabolo (quantunque a piccola distanza), e per questo l'unico capace di produrre uno spostamento marcato dell'acetabolo, è il ligamento iliaco-femorale. Questo ligamento, come è noto, è inserito alla spina iliaca anteriore inferiore superiormente ed alla linea intertrocanterica (fra il piccolo ed il grande trocantere) inferiormente, la sua azione è per limitare la estensione dell'articolazione coxo-femorale, e si osserva benissimo nella pelvi cifotica, nella quale la diminuita inclinazione lo fa allungare. I resultati di questa tensione sono visibili non solo nelle leggere infossature dell'acetabolo, ma nell' ipertrofia della spina iliaca anteriore-inferiore, e nella rotazione dell' osso innominato, intorno ad un asse che va ad incontrarsi ad angolo retto con l'articolazione attraverso gli acetaboli; la parte superiore di questo osso essendo ruotata in basso, in fuori ed in avanti, la parte inferiore viene ad essere portata in alto, in dentro ed indietro. Lo stato rudimentario della spina iliaca anteriore-inferiore nel feto e nel neonato mostrano lo stesso fatto, poichè Meyer fece notare questo ligamento che serve alla posizione eretta.

Questa azione del ligamento, però, concerne tutto l'osso innominato ed è del tutto differente da quella della pressione dei femori, non si può aggiungere di più in opposizione alla spinta esterna dell'osso iliaco.

Finalmente, non può immaginarsi questa azione, capace a spiegare quello che si osserva nella pelvi osteomalacica.

Per questo concludiamo che la *pressione dei femori è qualche cosa di più che non lo sia il resultato della resistenza passiva dei ligamenti dell'articolazione iliaco-femorale.*

RASSEGNA

Jules Simon. — Nuovo contributo (osservazione ed autopsia) allo studio della sclerosi cerebrale nei bambini; lesioni della sclerosi associate: 1° alle lesioni della meningite cronica; 2° a trombosi dei seni di data antica e di data recente. — *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* Mars 1884).

Ragazza di anni 9, affetta da sifilide congenita; un anno prima di cercare ricovero nella Clinica des enfants malades, la paziente, in seguito ad uno spavento, è presa da convulsioni, cui fecero seguito forti dolori, allucinazioni, delirio, difficoltà di articolare la parola, gridi; queste manifestazioni si calmarono col tempo, ma frattanto l'intelligenza non tornava e diveniva impossibile la deambulazione e la stazione verticale, ad intervalli si presentavano accessi convulsivi, preceduti talvolta da una specie di aura che partiva dai piedi.

La piccola malata veniva assoggettata a cura anti-sifilitica, combinando le frizioni mercuriali col joduro di potassio somministrato internamente. In seguito al trattamento specifico si ebbe un po' di calma; più tranquille e un po' dormite le notti, meno agitato il giorno. Un mese circa dopo l'entrata nella Clinica veniva presa da un accesso epilettiforme con convulsioni, asfissia e coma, e cessò di vivere due giorni dopo l'accesso.

L'autopsia mostrava che la piccola malata soccombeva ad un complesso patologico piuttostochè ad una sola affezione. La presenza di nuclei induriti nella sostanza grigia e nella sostanza bianca delle circonvoluzioni frontali o parietali spiegava l'agitazione, le convulsioni epilettiformi, la paralisi accompagnata da contratture dolorose, l'abolizione dell'intelligenza; e giustificava la diagnosi di sclerosi cerebrale infantile portata durante la vita.

Essa difatti è caratterizzata dall'infiammazione cronica più frequentemente superficiale, disposta a nuclei disseminati o confluenti specialmente nei due emisferi e presso la scissura di Rolando.

All'autopsia si trovava inoltre l'esistenza di antica trombosi dei seni, e lesioni di meningite cronica. La meningo-encefalite, a giudizio dell'autore, sarebbe stata la manifestazione prima della sifilide e la causa ultima della morte: essa avrebbe dato luogo alla sclerosi e poi alla trombosi dei seni; l' idrocefalia che pel rapido sviluppo avrebbe dato origine all'accesso, molto simile all' apoplessia sanguigna meningea, causava la morte. E. F.

Dott. **O. Marchionneschi.** — Inversione uterina post-partum. — Sommario: Storia di una inversione cronica uterina, cura, guarigione. — Riassunto di altre quattro narrazioni di inversione di utero recenti. — Meccanesimo di loro produzione. — Teoria Lazzati; teoria del Duncan; teoria del Radfort, del Tyler Smith; conclusioni; note terapeutiche. (Estratto dalla *Gazzetta Medica di Torino,* 1884).

Nel caso osservato dall' autore si trattava di donna pluripara: nel quarto parto, effettuatosi a termine, l' espulsione del feto avveniva precipitosa, e subito dopo uscito il corpo fetale si mostrava fra le coscie tutto l'utero rovesciato. Egli vedeva la paziente molto tempo dopo l'accidente, quando l'utero era molto oltre nel processo di involuzione e la donna molto deperita per continue emorragie, che ad intervalli si facevano copiose ed allarmanti. L'inversione era completa. Migliorate le condizioni generali dell' inferma, l' egregio Dott. Marchionneschi cercava di sollevare più che potevasi il fondo uterino ed applicava immediatamente dopo il pessario idrostatico, che disteso in giusto grado, mantenevasi assai tempo a quel livello con grande beneficio della signora, perchè di poi vedevansi scarseggiare le perdite sanguigne e farsi più rare.

In seguito all'uso del pessario di Braun l'autore si accingeva, undici mesi dopo dell'avvenuta inversione, a completare la riduzione del viscere, colla mano, e nei tentativi si accorse che l'utero nel fondo perdeva la sua forma rotondeggiante convessa per farsi concavo scavato. Applicata una mano sul ventre, penetrava in vagina con quattro dita dell'altra, le distendeva e le applicava sul fondo, e pressandovi con forza dal basso all'alto, dal di dietro al davanti, avvertiva tosto uno scivolamento, un brusco allontanarsi dell'utero, che produsse in quell'istante un sordo rumore, e si ridusse. Il giorno successivo applicava il pessario intrauterino del Valleix, che fu benissimo sop-

portato per vari giorni, e in breve la signora riacquistava la primitiva salute.

Narrati in riassunto altri quattro casi di inversione di utero recenti, ed esposte varie teorie sul meccanesimo di loro produzione, l'autore dà una esatta descrizione del processo messo in opera nella sua *riduzione graduale lenta progressiva* per mezzo del pessario idrostatico e per mezzo della mano, e viene a conclusioni e a note terapeutiche interessanti. E. F.

Prof. **Giacomo di Lorenzo**. — Sugli eritemi della prima infanzia e loro trattamento. (*Archivio di patologia infantile,* gennaio 1884).

Fatto cenno della grande frequenza dell'eritema nella prima età (fra le infiammazioni della pelle non contagiose), della forma, dei sintomi, del decorso per lo più benigno che esso tiene, della sede che d'ordinario nei bambini di cui si parla è l'anogenito-crurale, delle cause che in generale si riducono ad irritanti locali per sostanze escrementizie, allo strofinio e al calore della parte, fatto cenno della prognosi sempre favorevole, messo anche trattarsi delle varietà più spiccate ed all'apogeo; l'autore richiama l'attenzione del pratico su certe forme e varietà che possono implicare un equivoco.

L'eritema anulare e papuloso, specie se diffuso, si potrebbe confondere con sifilodermi di eguale forma; meno difficile è la diagnosi differenziale dell' eritema girato orbicolare con forme psoriasiche, con l'eczema, ecc. Quanto alla cura, nelle forme più semplici, egli dice, la sola igiene ben regolata è stata sufficiente. La nettezza, le polveri di amido, di talco veneto, d'iride fiorentina, di licopodio, qualche bagno semplice o di crusca od amidato, qualche bevanda alcalina ed una buona nutrizione delle balie. Lo stesso vale nelle intertrigini, ripetendo un po' più spesso i bagni, e facendo bagnature locali di acqua di sambuco, di lauro regio allungata, di Goulard leggiera, di soluzioni alcaline (bicarbonato sodico e clorato di potassa 1 grammo su 100). L'ipersensibilità può essere curata con qualche dose di bromuro di sodio. Consiglia, nelle forme più restie, il linimento oleo calcare, il glicerolato d'amido, l'oleato di zinco, la pomata benzoata di Wilson sola o con bismuto. Infine l'autore richiama l'attenzione sull'influenza nociva del mughetto nel decorso dell'eritema infantile. E. F.

Dott. **Gio. Batt. Rigaccini.** — Un caso di morte per calomelano in un lattante. *(Archivio di patologia infantile*, maggio 1884).

Ad una bambina di 7 anni esposta e ricoverata nel Brefotrofio di Siena, dietro indicazione venivano somministrate cartine di calomelano così fatte: calomelano lavato centigr. 3, zucchero polverizz. q, b. per fare cartine N. 1, e simili N. 15, da darne tre al giorno (alla mattina, al mezzodì ed alla sera). Si continuò nella somministrazione per quattro giorni, ma la piccola malata si aggravava sempre più e cessava di vivere nove giorni dopo l'esordio della cura del calomelano.

All'autopsia praticata 24 ore dopo la morte si veniva a conoscere che la mucosa gastrica era stata in preda ad un processo di infiammazione acuta, prodotta da una sostanza caustica e corrosiva entrata od introdotta nello stomaco della bambina.

L'autore crede che il calomelano abbia potuto convertirsi in sublimato per opera di cloruri solubili contenuti nel latte ingerito dalla bambina. Nel latte di donna infatti si trovano due cloruri alcalini, il cloruro di sodio e quello di potassio; normalmente per la loro tenuità di dose e perchè commisti agli altri principi costituenti il latte, non sono sufficienti a trasformare il calomelano in sublimato; ma questo potrà benissimo accadere quando i cloruri si trovino nel latte in quantità superiore al normale, e per quello di sodio in particolare, in seguito all'ingestione di alimenti molto ricchi di sale. E. F.

NOTIZIE

Società Italiana di ostetricia, ginecologia e pediatra.

Le adunanze della Società, fissate per il 20-25 settembre p. v., si terranno nel R. Istituto ostetrico di Torino gentilmente concesso dal Direttore Prof. D. Tibone. Il tempo utile per presentare al segretario Prof. Paolo Negri a Novara, il sunto delle comunicazioni è protratto fino a tutto il 15 agosto.

Con avviso a stampa i soci saranno informati dell'ora delle sedute e riceveranno il titolo e sunto delle comunicazioni.

Intanto siamo lieti di annunciare che la R. Accademia di Torino ha nominato a suoi rappresentanti i professori Tibone e Novaro, ed ha stabilito che in quel tempo le sale appartenenti ad essa saranno aperte ai membri del congresso fra le 9 del mattino e le 4 pom., e la sera fra le 8 e le 10, ed a disposizione delle riunioni che dai signori congressisti vi si vorranno tenere, previo avviso alla presidenza.

Esami di laurea nella sezione medico-chirurgica del R. Istituto di studi superiori in Firenze.

Subirono l'esame con buon esito n. 75 giovani di 80 iscritti.

Presentarono tesi di ostetricia o ginecologia:

Tesi scritte.

Montanelli Gaetano. — Cardiopatie organiche e stato di maternità.

Calcinai Zanobi. — Saggio critico della sinfisiotomia.

Lupi Tommaso. — Cura della retroversione dell'utero.

Sani Anatolio — Del puerperio e del suo governo.

Tesi orali.

Montanelli Gaetano — 1.° Metodi e processi per l'interruzione artificiale della gravidanza.
2.° Del forcipe.

Calcinai Zanobi — Complemento artificiale della evoluzione spontanea.

Sani Anatolio — Del parto per il fronte. - La segale cornuta non deve darsi in soprapparto.

Depetro Lorenzo — Come si deve comportare l' ostetrico nella stenosi di bacino di 1°, 2°, 3°, 4° e 5° grado.

Corvi Fausto — 1.° Della procidenza del funicolo ombelicale.
2.° Cura della sifilide durante la gravidanza.

Santini Gaetano — Governo del perineo durante il parto.

Bacci Salvadore — Intervento ostetrico nelle viziature pelviche.

Giannotti Benvenuto — Interruzione artificiale della gravidanza.

Turilazzi Antonio — Le indicazioni delle embriotomie.

Gandolfo Cesare Augusto — Fratture del cranio fetale, endouterine, da traumi esterni.

Cure riuscite in due casi di vomito in gravidanza, dichiarato già incoercibile.

Luzzati Vittorio — La segale cornuta in soprapparto.

I tumori di natura epiteliale della mammella debbono sempre operarsi?

Nati Germando — 1.° Eclampsia delle gravide.

2.° Polmonite in gravidanza.

Valle Vincenzo — Polipi dell'utero.

Capei Gasparo — La teoria della evoluzione spontanea nel parto in presentazione della spalla.

La cura dei papillomi della vulva.

Prosperi Osio — Indicazioni all'intervento ostetrico in casi di placenta previa.

Foscolo Giorgio — Fisiologia del puerperio.

Dilatazione del collo uterino.

Magi Pietro — Escoriazioni e ragadi del capezzolo della mammella alattante.

Novelli Pietro — La cura dell'oftalmia purulenta nel neonato.

Tron Alfonso — 1.° Influenza delle flessioni uterine sull'andamento del puerperio.

2.° Della segale cornuta in ostetricia.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume VI. Agosto-Settembre 1884 N. 8-9.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

UN CASO
DI SPINA BIFIDA GUARITA COLL'ALLACCIATURA ELASTICA

Storia clinica e Annotazioni pratiche

del Dott. VALERANI FLAVIO
Chirurgo Primario dell'Ospedale di Casale Monferrato

Il problema della curabilità della spina bifida venne in ogni tempo dai chirurghi variamente risolto. Molti furono, e sono tuttora, decisamente avversi ad ogni intervento chirurgico, ritenendolo pernicioso in qualsiasi varietà d'idrorrachide congenita. Per essi quest'affezione costituisce sempre un vero *noli me tangere.* — Altri per contrario, specialmente in questi ultimi anni, incoraggiti dai fortunati successi che tratto tratto si vanno pubblicando, credonsi in dovere di non restare inoperosi dinnanzi ai casi anche i più gravi; e non lasciano sfuggire nessun caso di spina bifida che loro si presenti, mettendo alla prova i più disparati mezzi curativi.

Tra inerzia eccessiva e la timidità inoperosa dei primi, e l'ardire, talvolta inconsulto, dei secondi, trovasi a mio avviso una giusta via di mezzo, che deve essere appunto la via prescelta dal pratico.

Ma quando è che si dovrà intraprendere un atto operativo per guarire la spina bifida; e in quali casi astenersene?

Prima di accingermi alla soluzione di questo importante quesito, esporrò brevemente la storia clinica di un caso, che mi occorse or non è molto, e che fornì appunto occasione al presente scritto.

Il 26 maggio di quest'anno era ricoverato nell'Ospedale di Casale Monferrato, per consiglio dell'egregio collega Cav. Guaschino, un bambino nato da 38 giorni, per nome Coggiola Carlo, figlio di contadini, di Mombello Monferrato. Egli presentava al principio della regione dorsale un tumore di forma tondeggiante, della grossezza di un piccolo arancio; che, al dir della madre, era congenito e già avente il medesimo volume all'epoca della nascita.

Il bimbo era bene sviluppato in rapporto alla sua età; tollerava assai bene il latte materno; e tutte le sue funzioni si compievano regolarmente. Era nato da parenti sani; la madre aveva già avuti altri due figli sani, che essa stessa aveva allattato, e che godevano perfetta salute.

L'esame del tumore lo fe' riconoscere di consistenza molliccia; esso dava al tatto la sensazione di fluttuazione; compresso scemava di volume; sotto le grida del bambino diventava più turgido. La pelle che lo ricopriva aveva il colorito e l'aspetto normale; per ultimo lo si poteva pigiare e comprimere senza strappare grida di dolore al piccolo infermo, o provocarne le convulsioni.

La circonferenza del tumore era di venti centimetri; il diametro trasversale di sei. La base era alquanto più stretta, benchè non si potesse dire che vi esistesse un vero peduncolo; solo notavasi alla base del tumore una certa insenatura che girava tutto all'intorno.

Il diagnostico era evidentemente di spina bifida, benchè mancassero alcuni di quei sintomi, che sogliono accompagnare le forme più gravi di quest'infermità. Per togliere ogni dubbio al riguardo, volli constatare se la cavità del tumore comunicasse con quella dello speco vertebrale; e ne fui assicurato quando mediante pressione digitale sentii, ai lati del tumore e al disotto del medesimo, le sporgenze ossee per l'apertura delle due prime vertebre dorsali; e in pari tempo vidi il tumore svuotarsi in parte.

Trovando nello stato generale del bambino e nella natura del tumore, le condizioni favorevoli per essere autorizzato ad un atto operativo, mi vi accinsi, anche per accondiscendere alle instanze dei genitori; non senza avvertirli però dell'incertezza del risultato.

Bilanciato alquanto il pro e il contra dei vari metodi operatorii, finii per appigliarmi alla legatura elastica.

Girato due volte un piccolo tubetto di drenaggio attorno alla base, procurai di non stirare di troppo la pelle della colonna vertebrale, e mi limitai ad un'allacciatura assai moderata. Volli così sperimentare quale fosse il grado di tolleranza del piccolo infermo, riservandomi di stringere progressivamente il laccio a poco a poco.

Il giorno seguente fui lieto di constatare come il bambino, malgrado un po' di vomito nelle prime ore, aveva però dormito regolarmente e trascorsa la notte senza troppa inquietudine. Il tumore si era fatto freddo e violaceo; e alla base del medesimo il laccio aveva già tracciato un leggiero solco. Strinsi allora alquanto il tubetto elastico; cospersi il tumore, specialmente nel solco all'intorno, di jodoformio; e coperto il tutto con garza e cotone fenicato, fu fatta la fasciatura.

Questa medicazione al jodoformio, con moderata fasciatura, si andò rinnovando ogni giorno; e nel medesimo tempo si andò stringendo sempre maggiormente il laccio. Non affrettai il distacco del tumore, volendo che ciò avvenisse lentamente, rassicurato come io era sullo stato del bimbo, che punto non mostrava traccia di sofferenze. Il tumore a capo di pochi giorni erasi fatto nerastro, e in istato di perfetta gangrena; ma completamente essiccato e inodoro: il solco, lungo il corso tracciato dal filo costrittore, si faceva sempre più ampio; ma era affatto asettico grazie alla quotidiana medicazione col jodoformio. Quando finalmente, al 12° giorno, cadde il tumore, si ebbe al suo posto una piaga di ottimo aspetto, rotonda, del diametro di quasi quattro centimetri: alla periferia era già bene avviato il lavorio di cicatrizzazione. Premendo col dito nel centro della piaga si poteva distintamente riconoscere, alla sua cedevolezza, il tratto che prima metteva in comunicazione la cisti colla cavità rachidea. L'apertura era in corrispondenza delle due prime vertebre dorsali.

In tutto questo frattempo il bambino era sempre rimasto apirettico, e aveva continuato a poppare come prima. Il processo di cicatrizzazione della piaga cutanea procedette regolarmente; e quando la madre del bimbo chiese di uscire dall'ospedale (15 giugno), non mancava che un leggero tratto centrale, dell'ampiezza eguale a quella di un centesimo, alla cicatrizzazione completa. Palpando col dito il punto corrispondente al foro primitivo di comunicazione collo speco vertebrale, si aveva la sensazione di un tessuto resistente, di consistenza quasi fibro-cartilaginea.

Un mese dopo ebbi notizie del nostro piccolo operato: esso godeva ottima salute; e la piaga era completamente cicatrizzata.

Ecco pertanto un altro felice risultato fornitoci dalla legatura elastica nella cura d'un'affezione, in cui gl'insuccessi superano di gran lunga le guarigioni. La frequenza di questi esiti infausti fe' sche mol ti chirurghi eminenti, non solo nei tempi andati, ma anche oggidì, proscrivono affatto ogni intervento chirurgico in ogni caso di spina bifida.

Quest'astensione però non sempre è giustificata. Anche quando esistono le condizioni, che venivano altre volte segnate quali contro indicazioni ad un atto operativo, si può sovente tentare una cura radicale con qualche speranza di successo. È noto difatti che Cooper, e dopo di lui Laborie, stabilirono doversi astenere da ogni operazione: quando il bimbo presenta qualche altro vizio di conformazione; — quando la pelle che riveste il tumore è ulcerata; — quando v'ha sensibilità alla pressione sul tumore; — quando non si può far eseguire al tumore alcun movimento senza cagionar dolore. — Orbene, i numerosi casi di guarigione, che in questi ultimi anni si andarono qua e là pubblicando, provano all'evidenza quanto sieno erronee queste controindicazioni. La vera, la sola condizione che deve il più delle volte fermare la mano del chirurgo e distoglierlo da ogni ardito tentativo, sta nella presenza d'un tratto del midollo spinale, o di una espansione del medesimo nell'interno del tumore; in una parola quando si tratta del vero *mielo-meningocele.*

Gli studi dell'anatomia patologica hanno potuto gettare oggidì un po' di luce anche in questo argomento. Altre volte col nome di *spina bifida* si comprendevano molti tumori fluttuanti aventi sede sulla linea mediana della apofisi spinose, senza preoccuparsi gran fatto delle differenze grandissime che corrono tra gli uni e gli altri, rispetto alle parti anatomiche che fanno ernia attraverso la fessura vertebrale. Il nome di *idrorrachide.* con cui venne più tardi denominato il tumore, non segnò alcun progresso nè illuminò la patologia; giacchè con tal vocabolo non si venne a designare altro che una raccolta acquosa nello speco vertebrale: si designò cioè la presenza di un elemento comune a tutti i casi di spina bifida, cioè del liquido cefalo-spinale.

Questa confusione durò a lungo; e solo cominciò a dissiparsi quando si vide che non tutti i tumori compresi sotto il nome di spina bifida aveano la stessa gravità: le differenze si notarono

specialmente sotto il rapporto curativo. Quei chirurghi che avevano contati altrettanti insuccessi quanti erano i casi operati, si meravigliarono allorquando videro pubblicati tratto tratto esempi di guarigioni nelle mani di chirurghi più fortunati. Questa volta fu la terapia che giovò a rischiarare la patologia; poichè furono appunto questi casi di guarigione che richiamarono l'attenzione sulle differenze anatomiche grandissime che v' hanno tra un caso e l'altro, e valsero a dissipare l'oscurità primitiva.

Tra coloro che più specialmente si occuparono in questi ultimi anni dell'argomento, dobbiamo segnalare W. Koch, di Dorpat (1), che pubblicò uno studio accurato sulla spina bifida; però piuttosto sotto il punto di vista anatomo-patologico, anzichè sotto quello della terapia.

Lasciando completamente da parte la patogenesi di questa affezione, e le varie teorie che furono emesse in proposito — studio che mi trarrebbe per fermo oltre i confini imposti alla natura di questo scritto — accennerò brevemente soltanto a ciò che riguarda il lato pratico, cioè la curabilità della spina bifida. Sotto questo rapporto parmi che i tumori designati col nome di spina bifida si possono dividere in tre classi, che valgono a comprenderli tutti, dai casi più leggeri e guaribili, a quelli più gravi ed assolutamente incurabili. La classificazione da me adottata è la seguente:

1.° Il *mielo-meningocele rachideo.* — È questa la forma più grave, e in pari tempo la più frequente. Come lo indica il nome trattasi del passaggio del midollo o delle sue espansioni, nonchè degli involucri meningei, attraverso una fenditura dello speco vertebrale. Il tumore forma un sacco all' esterno, più o meno voluminoso, e sempre ripieno del liquido cefalo-spinale. La sede più frequente del mielo-meningocele è la regione sacrale o lombare; più di rado alla regione dorso-cervicale. Spesso vi sono associate altre gravi deformità congenite.

2.° Il *meningocele rachideo.* — Forma assai meno grave della precedente; giacchè come lo indica il nome, nel sacco erniario non havvi che la presenza di un segmento delle membrane che avvolgono il midollo, e il solito liquido cerebro-spinale. Il midollo

---

(1) *Contributions à l'étude du spina bifida.* Cassel, 1882. — *Revue de Chirurgie,* I, pag. 1051.

trovasi alla sua sede normale, senza propagini nervose nella cavità del tumore. Il sacco erniario comunica collo spazio meningeo (per lo più sotto-aracnoideo) del canale vertebrale per una fenditura più o meno ampia.

3.º L'*idrorrachide semplice.* — Il sacco contiene ancora il liquido cefalo-spinale, ma non comunica più collo speco vertebrale. Già ebbe luogo la chiusura del sacco allo esterno: le pagine opposte dell'aracnoide che formano il colletto del sacco, aderirono tra loro e otturarono il foro di comunicazione, chiudendo fuori il liquido, che tuttora si sente fluttuante sotto le dita comprimendo il tumore. È questa certamente la forma più benigna; ed è a questa categoria che si riferiscono alcuni fra i casi della così detta *falsa spina bifida.* Non tutti però i casi che vennero registrati con tal nome meritano di essere annoverati fra le idrorrachidi; perchè v' hanno certi tumori cistici congeniti, che talora si riscontrano sulla colonna vertebrale, e che non hanno nulla di comune colle idrorrachidi. In queste, benchè il foro di comunicazione collo speco vertebrale sia chiuso, havvi però permanente la fenditura ossea, che ne è il segno caratteristico; la chiusura del foro ha luogo per mezzo di un tessuto che ha la consistenza fibro-cartilaginea. Sia che l'apertura della colonna vertebrale sia dovuta alla mancata ossificazione delle lamine e dei processi spinosi; sia che questi processi spinosi già ossificati si trovino semplicemente disgiunti, pel tratto che li separa havvi un tessuto resistente che ne tiene le veci, e che occlude completamente lo speco.

Nè puossi obbiettare che la chiusura dello speco vertebrale, anche per mezzo di tessuto che non è osseo, fa escludere questi tumori dalla classe delle spine bifide. La natura del liquido che essi contengono, palesa chiaramente la loro origine. Dall' esame ripetutamente fatto consta che questo liquido ha gli stessi caratteri fisici e chimici del liquido cefalo-rachideo.

La spiegazione del fatto è abbastanza ovvia. Il tumore era dapprima comunicante allo speco, come negli ordinari meningoceli; ma nel consecutivo sviluppo fetale una fortunata adesione tra le pagine delle meningi spinali formanti il colletto del sacco, produsse la completa occlusione, rimanendo così all'esterno il liquido ed il resto delle meningi (dura madre e aracnoide) che ne costituiscono il sacco. I fortunati, benchè rarissimi, casi in cui ha luogo la

guarigione spontanea della spina bifida (1), vengono a comprovare la verità di questa spiegazione. Il medesimo processo che può aver luogo durante la vita, per cui il sacco si avvizzisce, ed il foro di comunicazione si chiude, avviene pure nella vita intrauterina; e allorchè il bambino viene alla luce, il sacco è già completamente chiuso fuori dello speco vertebrale.

A completare il quadro anatomo-patologico della spina bifida converrebbe accennare ad altre varietà, che vennero denominate *rachischisis posteriore* — *rachischisis laterale* — e *rachischisis anteriore,* in cui, come lo indica il nome, la fenditura degli archi vertebrali, parziale o totale, ha luogo posteriormente, o ai lati, ovvero al davanti; senza però che vi sia vero tumore meningeo. Siccome però esse non presentano altro interesse che sotto il punto di vista teratologico, così non ce ne occuperemo. Così pure non merita l'attenzione del clinico quell'alterazione che Virchow (2) denomina *hydrorrachis interna cystica*, di spettanza prettamente dell'anatomo-patologo.

Questa classificazione mentre si basa sulle risultanze dell'anatomia patologica, riceve la sua conferma dall'osservazione pratica. Occorrono spesso i casi nei quali si può con una certa sicurezza affermare se trattasi d'un mielo-meningocele, o d'un meningocele soltanto, ovvero d'una semplice idrorrachide; giacchè ai caratteri anatomici rispondono, fino a un certo segno, i caratteri clinici.

Il mielo-meningocele ha sede prediletta alla regione sacro-lombare; d'ordinario è voluminoso, a larga base, ricoperto di pelle sottile. Compresso si riduce di volume, ma in pari tempo la compressione provoca grida e convulsioni nel bambino, paralisi delle gambe, ecc., sintomi suscitati dalla cresciuta tensione del liquido nella cavità craniana e spinale. Aggiungasi che esso è frequentemente accompagnato da altre deformità congenite, specialmente dall'idrocefalo, dai piedi torti, dal labbro leporino, dall'estrofia vescicale, e talora anche dalle paralisi delle estremità inferiori. La spaccatura vertebrale d'ordinario è molto estesa ed ampia; e sempre facilmente riconoscibile facendo scorrere le dita alla base del tumore.

---

(1) T. Holmes. *La cura chirurgica delle malattie dell'infanzia*, Trad. ital. di A. Longhi. — Milano, 1876, pag. 75.

(2) R. Virchow. *Die krankhaften Geschwülste.* — I. B. — Berlin, 1863.

Il meningocele semplice ha d'ordinario la sua sede alla regione superiore della colonna vertebrale. Vario il volume; per lo più peduncolato, od almeno a base non molto ampia. La pelle che lo ricopre ha l'aspetto naturale, e spesso con una certa quantità di adipe sottocutaneo. I margini della fenditura ossea si possono ancora sentire all'esplorazione. Compresso il tumore diminuisce di volume; e in pari tempo si hanno pure soventi grida e convulsioni nel bimbo. Questi ha un aspetto meno sofferente e più sano che nel mielocele; di rado vi si accompagnano altre deformità congenite.

Nella semplice idrorrachide il segno che la distingue dalle due varietà precedenti, è l'impossibilità di ridurre di volume il tumore mediante la compressione. Essendo chiusa la comunicazione tra lo speco vertebrale e la saccoccia esterna, è naturale che il liquido non possa, sotto la pressione, rifluire nella cavità vertebrale. La sede di questi tumori è di preferenza alla regione cervico-dorsale. Per lo più havvi un peduncolo ben marcato; la pelle ha l'aspetto normale; ed alla palpazione si sente che la saccoccia è inspessita da tessuto adiposo. L'aspetto del bimbo è generalmente florido; nè si notano altre deformità concomitanti.

Non sempre, è vero, i casi sono così nettamente distinti in tutti i loro caratteri, da poter stabilire un diagnostico differenziale; ma questo fatto occorre per tutte le altre entità patologiche; accanto alle forme tipiche, si osservano sempre le forme intermedie e spurie. Sta al senno ed alla esperienza del pratico il portare un retto giudizio nei casi meno appariscenti e caratteristici.

Poche parole ora intorno al trattamento curativo.

Lasciando da parte la *puntura* e svuotamento del tumore, associata alla *compressione,* mezzi puramente palliativi, e non sempre innocui; — il *setone,* mezzo a cui più nessuno ricorre — l'*incisione* del pari abbandonata affatto, — si scorge come i mezzi curativi che si dividono tuttora il favore dei chirurgi, si riducono alla *legatura* — lo *schiacciamento* — l'*escisione* — e l'*injezione jodata.*

La legatura, tanto la ordinaria quanto l'elastica, ha comune collo schiacciamento lo scopo di mettere a contatto le pagine opposte delle meningi spinali che costituiscono il collo del sacco, per togliere anzitutto ogni comunicazione tra la cavità vertebrale e quella del tumore; determinare quindi una flogosi adesiva tra queste pagine; e far cadere il tumore. Tra i fautori dell'un mezzo

e quello dell'altro havvi contestazione per riconoscere da qual parte siano maggiori i vantaggi. Al metodo dell'allacciatura si rimprovera che con essa le meningi spinali rimangono non già semplicemente a contatto, ma violentemente strozzate, e le loro pagine piegate a raggi, epperò disposte in un modo poco atto a favorire quel contatto completo, che è tanto necessario alla loro adesione. Questo inconveniente non ha il metodo dello schiacciamento, se si fa con istrumento a branche parallele, come appunto le pinze schiacciatrici del Rizzoli (1), le quali comprimono ugualmente i tessuti che abbracciano, e pongono le meningi spinali a completo contatto.

A queste obbiezioni però rispondono i fautori della legatura, che questa si può benissimo fare assai moderata sul principio, per guisa che non abbia luogo quel violento strozzamento dei tessuti di cui la si incolpa; e il laccio si può stringere gradatamente sempre più fino alla caduta del tumore. Aggiungono inoltre che questo mezzo è di facile applicazione e alla portata d'ogni chirurgo; ed anche più comodo pel bambino, di quanto non sia la voluminosa pinza schiacciatrice, che deve rimanere in sito parecchi giorni. Per ultimo col laccio elastico abbiam visto nell'esempio da me narrato, che si può benissimo combinare una medicatura antisettica; la quale giova a far più rapidamente e con maggior sicurezza rimarginare il solco che il laccio va lasciando circolarmente, senza dar luogo a profusa suppurazione, sempre dannosa al bambino. Una esatta medicatura antisettica riesce assai più difficile ad ottenersi applicando lo strumento del chirurgo bolognese.

Del resto, da qualunque parte sia il vantaggio tra i due metodi, è certo che quello del Rizzoli costituisce pur sempre un eccellente mezzo curativo, meritevole di essere più generalmente conosciuto. È a dolersi che parecchi trattati, anche recenti, non ne tengano parola. È strano ad esempio, che Holmes mentre fa cenno d'uno schiacciatore di Wilson (2) non parla di Rizzoli, le cui memorie erano già state pubblicate e tradotte. Del resto, che gli autori stranieri ne tacciano, questo si capisce; ma ciò che riesce più duro a comportare, si è che anche autori italiani si

---

(1) F. Rizzoli. *Collezioni delle memorie chirurgiche*, Vol. II — e *Clinique chirurgicale*. Trad. de l'italien par Andreini. — Paris 1872, pag. 287.

(2) V. opera cit., pag. 79.

facciano complici di questo silenzio, come il Fumagalli (1) ed il Gherini (2).

Lo schiacciamento colle mollette del Rizzoli ha già dato ottimi risultati non solo nelle mani del Rizzoli medesimo, ma anche in quelle di Parona (3), Nicoli (4), Bassini (5) ed altri. Generalmente prima di applicare lo strumento si svuota in parte il tumore con una puntura capillare.

Anche la legatura conta splendidi e forse più numerosi successi; e ne fanno fede le storie cliniche pubblicate in questi ultimi anni specialmente; ricorderò, fra gli italiani, le guarigioni ottenute da Colognese (6), Cappellini (7), Cavagnis (8), Scolari (9) e Turretta (10). — Accanto ai trionfi però non voglionsi dimenticare le sconfitte, senza confronto più numerose, benchè assai di rado compaiano nel giornalismo medico le storie cliniche che vi si riferiscono. V' hanno però onorevoli eccezioni; e fra queste citerò un caso occorso al distinto chirurgo G. F. Novaro di Torino, in cui la morte avvenne per meningite spinale purulenta dopo 18 giorni dalla praticata allacciatura elastica (11).

Il metodo dell' iniezione jodata ha trovato molto favore in questi ultimi anni. Introdotto fin dal 1847 da Brainard, di Chicago, che contò con esso parecchie guarigioni, questo metodo ebbe la fortuna di trovare nomi autorevoli che lo patrocinarono, come Velpeau e Chassaignac in Francia, e Palasciano in Italia (12). È evi-

---

(1) Cesare Fumagalli. *La Chirurgia sui bambini*, — Milano, 1875.

(2) Ambrogio Gherini. *Contribuzione alla Chirurgia sui bambini.* — *Gazzetta Med. Lomb.*, 1876.

(3) *Ann. univ. di Medicina.* — Milano, 1876, Vol. 235.

(4) V. ivi.

(5) Edoardo Bassini. *La Clinica operativa di Pavia nell'anno* 1876-1877. — Genova, 1878, pag. 87.

(6) *Ann. univ. di Med.* — Milano, 1877, fasc. di febbraio, pag. 143.

(7) *Ann. univ. di Med.* — Milano. 1877, maggio, pag. 455.

(8) *Ann. univ. di Med.* — Milano, 1878, luglio, pag. 87.

(9) *Ann. univ. di Med.* — Milano, 1879, settembre, pag. 266.

(10) *Giornale di Clinica e Terapia*, — Messina, 1884, fasc. 2,

(11) *Rendiconto clinico della Sezione Chirurgica,* diretto dal Dott. G. F. Novaro nel 1881, pel Dott. A. Caponotto. — Torino, 1883, pag. 60.

(12) *Rend. dell'Acc. Med. Chir. di Napoli*, 1856. — Corradi A. *Della chirurgia in Italia.* Commentario. — Bologna 1871, pag. 347.

dente però che questo metodo richiede infinite precauzioni allo scopo di evitare la penetrazione della tintura jodica entro lo speco vertebrale. Se l'apertura di comunicazione è piccola e facilmente otturabile col dito, è certo che l'injezione potrà riuscire vantaggiosa, determinando qual processo d'infiammazione adesiva che è necessario per riunire le meningi spinali che costituiscono il colletto del sacco. Ma se la comunicazione colla cavità vertebrale è ampia, è del pari probabile che le più minute precauzioni non varranno a scongiurare il pericolo, che la infiammazione si estenda alle meningi della cavità spinale, con esito prontamente letale. — Difatti i risultati ottenuti da Brainard sono migliori di quelli ottenuti dagli altri, appunto perchè, come afferma Giraldès (1), egli operava con minutissima attenzione, e si circondava di molte precauzioni, che gli altri facilmente mettevano in non cale. — Incoraggianti del pari sono le statistiche dei risultati ottenuti con questo mezzo in Inghilterra da Morton, da Watt e da Augus (2). Anche Langenbeck ed Esmarch presentarono al sesto Congresso dei Chirurghi tedeschi (3) esempi di guarigioni riportate con iniezioni di tintura jodica a debole dose.

Il metodo dell'*escisione* seguito dalla sutura, che aveva dato finora risultati così deplorabili (4), pare oggidì, coi miracoli della medicazione antisettica, chiamato ad un migliore avvenire. Lo splendido successo ottenuto l'anno scorso da Robertson (5) incoraggia a tentare questo metodo anche nei casi più gravi, in cui altre volte un chirurgo prudente sarebbe stato condannato all'inazione. Egli operò un bambino di sei giorni, affetto da grossa spina bifida lombare, in cui l'apertura vertebrale era lunga più di un pollice e larga mezzo. Anestizzato il bambino, disseccò il tumore ai due

---

(1) *Maladies chirurg. des enfants.* — Paris, 1869.

(2) *The British Med. Journ.*, 1872-73-75. — *The Lancet*, marzo 1883.

(3) *Centralblatt für Chirurgie*, 1878-52.

(4) Ancora recentemente ebbe un esito infausto con questo metodo il Dott. Iginio Tansini, distinto Chirurgo Primario dell'Ospedale di Lodi. Alla escisione della saccoccia aveva aggiunta la sutura attorcigliata. Il bambino morì di meningite in seconda giornata. — V. *Contribuzioni di Chirurgia pratica.* — Lodi, 1884, pag. 135.

(5) *British Med. Journal*, 1883. — *The Med. Gazette*, 1883. — *Gazzetta degli Ospitali.* Milano, 1883, pag. 269.

lati fino alle lamine delle vertebre, evacuò il liquido ed escise le membrane sovrabbondanti. Guidato dagli stessi principii che reggono le operazioni sul peritoneo, egli unì le superficie sierose dell'aracnoide con diverse suture, per modo da chiudere completamente il canale spinale. Un assistente frattanto aveva disseccato il periostio dell'osso femorale e frontale di un coniglio; collocato questo periostio col suo lato osteogenico sulla meninge suturata, lo unì col periostio delle lamine di ambo i lati, ed ai margini ossei in alto e in basso: quindi cucì la pelle. L'operazione venne eseguita con tutte le cautele listeriane. La guarigione fu completa. Ignoro se questo ardito tentativo abbia invogliato altri ad imitare il Robson. È da far voti che ciò avvenga; giacchè il metodo è razionale, e può guidare a un felice successo anche nei casi ove ogni altro metodo trarrebbe a inevitabile rovina.

Non mi fermerò a discorrere di tutte le varianti e le modificazioni apportate all'uno od all'altro dei vari metodi principali accennati. Così la recisione del tumore coll'ansa galvano-caustica o col termo-cauterio del Paquelin, previa la legatura; cosi dicasi di tutti gli altri mezzi adoperati prima che il Rizzoli ricorresse alle sue pinze schiacciatrici, come la sutura incavigliata usata dal Casati (1) e gli altri mezzi analoghi usati da Dubois, da Tavignot, ecc. (2).

Ognuno dei tanti metodi accennati conta oggidì numerosi successi. Ma la riuscita dell'operazione dipende per fermo non solo dalla scelta del mezzo impiegato e dalla diligenza apportata dall'operatore, ma anche, e in modo precipuo, dalle condizioni anatomo-patologiche del tumore. V'hanno casi in cui qualsiasi mezzo, nelle mani del più abile chirurgo, fallirà certamente; ed altri in cui qualsiasi processo operatorio sarà coronato da ottimo risultato.

Non vuolsi negare che molti esempi di guarigione di spina bifida si riferiscono ai casi, che vennero da me compresi sotto la denominazione di semplice idrorrachide: ma è del pari innegabile che molti altri sono indiscutibilmente da classificarsi nelle categorie più gravi dei meningoceli e dei mielo-meningoceli, come appare dalle esatte descrizioni che ci vengono fornite da diligenti

---

(1) Corradi A. — Opera cit., pag. 347.

(2) Rizzoli F. — Opera cit., pag. 286.

osservatori, che fecero di pubblica ragione le storie cliniche. Non è più ammissibile a' dì nostri lo scetticismo di Roser, il quale mette in dubbio l'esattezza del diagnostico nei casi pubblicati dai giornali medici (1). E tanto meno possiamo ripetere l'affermazione di Erichsen, il quale, or sono pochi anni scriveva: « sono da proscriversi tutte le operazioni fatte per esportare il tumore. A me non è noto alcun caso di applicazione di legatura, forbici o coltello, che non abbia avuto esito fatale » (2). Questo stesso scetticismo era pure diviso dalla maggioranza dei chirurghi francesi; i quali in una discussione che ebbe luogo or fanno pochi anni in seno alla Società di Chirurgia di Parigi, si mostrarono quasi tutti avversi ad ogni operazione in ogni caso di spina bifida.

I casi nei quali si può con una certa sicurezza diagnosticare un vero mielo-meningocele, sono realmente il più delle volte superiori a tutte le risorse della chirurgia. Questo si osserva specialmente allorquando altre deformità congenite vengono ad aggravare le già misere condizioni del bambino. E la frequenza di questi casi gravissimi e complicati spiega la quantità degli insuccessi nei tentativi operatorii. Che questi casi gravissimi siano frequenti, è provato abbastanza dalla statistica di Giraldès, il quale sopra 30 spine bifide lombari o sacro-lombari, ne riscontrò 25 le quali contenevano nel tumore una porzione del midollo ovvero delle espansioni midollari.

Gli insuccessi che anch'io ebbi a provare tutte le volte che in casi di tal fatta volli accingermi ad atti operatorii, mi hanno reso oggidì assai guardingo sempre quando posso diagnosticare un vero mielo-meningocele. Rammento tra i vari casi che già ebbi ad osservare, di averne operato tre, e tutti in condizioni ben gravi; in essi il diagnostico clinico era di mielo-meningocele, ampia la spaccatura ossea e parecchie le vertebre aperte in tutti e tre i casi. Non avendo ancora una esperienza personale che mi fosse di guida, e incoraggito dai buoni risultati che tratto tratto andava leggendo sui giornali medici (senza riflettere che d'ordinario si pubblicano soltanto i casi fortunati, ma non già gli infausti) volli tentare l'applicazione di diversi mezzi operativi. Nel

---

(3) Roser W. — *Manuale di chir. anatomica.* — Milano 1874, pag. 241.

(1) G. Eric Erichsen. *La scienza e l'arte della chirurgia.* — Trad. italiana di A. Longhi. — Milano, 1874, Vol. 2, pag. 256.

primo caso ricorsi alla legatura e quindi all'escisione: ma tre giorni dopo la meningite spinale uccideva il mio operato; e ne pubblicai la storia clinica (1). — In un secondo caso che offriva condizioni non meno gravi del primo, applicai la pinza schiacciatrice del Rizzoli; ma non fui più fortunato; e anche qui la meningite tolse di vita il bimbo. — Nel terzo finalmente volli tentare l'ansa galvanica; mezzo che non era stato adoperato fino a quell'epoca per questa sorta di tumori; ma anche la galvanocaustica non sortì esito migliore; e non impedì lo sviluppo della meningite rachidea prontamente fatale.

Nello stato attuale della scienza pertanto, dato un caso di mielomeningocele ben manifesto con ampia comunicazione del tumore collo speco vertebrale, credo non vi sia altro metodo fuori di quello adoperato da Robson, su cui il chirurgo possa fare qualche assegnamento. Che se oltre la gravità delle condizioni locali, vi hanno anche pessime condizioni generali nel bimbo, in tal caso non saprei biasimare il medico che si mantiene nell'assoluta inazione. Di questo sono siffattamente convinto, che or fanno due mesi, essendomi stato presentato alla visita dell'ospedale una bambina affetta da voluminosa spina bifida dorsale associata a idrocefalo e atrofia dell'estremità inferiori, sconsigliai ogni atto operatorio. Trattavasi di una bambina già pervenuta all'età di otto mesi, per nome Boarino Margherita, di S. Giorgio Monferrato. La circonferenza craniana misurava 58 ctm.; la spina bifida interessava ben quattro vertebre dorsali; la compressione esercitata sul tumore determinava fenomeni convulsivi. Evidentemente la spina bifida non era qui il fatto più grave: bensì la enorme raccolta liquida nella cavità del cranio era ciò che rendeva assolutamente letale il pragnostico. Epperò, benchè fosse affatto recente il successo così felice ottenuto nella bambina di cui narrai la storia clinica, successo che forse poteva rendermi più propenso ad un tentativo, giudicai tuttavia che sarebbe stata una vera temerità ogni impresa chirurgica su quel tumore; e credo che altri al mio posto non avrebbe agito diversamente.

Al contrario nei casi di meningocele semplice è sempre lodevole il tentativo chirurgico, variabile a seconda delle contingenze speciali. Benchè nella letteratura medica si contino parecchi esempi

---

(1) *Gazzetta delle Cliniche di Torino,* 1873, pag. 273.

di persone affette da spina bifida, che pur giunsero ad età anche avanzata, non è da far troppo assegnamento su questi fortunati eventi; e tanto meno sulla guarigione spontanea della medesima, che è sempre rarissima. Perciò quando il diagnostico più probabile è quello del meningocele, e sono lodevoli le condizioni generali del bambino, come era appunto nel caso da me operato e testè esposto, il chirurgo è autorizzato ad un atto operatorio che può guidare a completa guarigione. Le probabilità di questa variano naturalmente a seconda di molte circostanze, di cui la principale è la maggiore o minore apertura di comunicazione tra il sacco e il canale vertebrale. Quanto alla sede del tumore, queste per sè non ha alcuna influenza diretta sulla gravità del prognostico. Alcuni autori, come Palamidessi (1), Hasse (2), Turretta (3), ecc. ammettono che la spina bifida è tanto più grave quanto più alto è il sito dove ha luogo la fenditura vertebrale; mentre la maggioranza dei chirurghi sostiene con Giraldès (4) che le spine bifide della regione sopra-diaframmatica sono molto meno gravi di quelle che hanno sede al disotto della linea del diaframma. Ma la verità non è nè coi primi nè coi secondi; la gravità maggiore o minore della malattia non dipende minimamente dal punto della colonna vertebrale su cui ha sede il tumore; v'hanno casi benigni alla regione cervicale come ve ne hanno alla regione sacro-lombare; ciò che ha importanza capitale nel determinare la gravità del prognostico è, lo ripeto, la presenza o l'assenza dell'elemento nervoso nel sacco; e data la presenza di quest'elemento, nel tratto maggiore o minore del nervo e delle sue espansioni. Quanto maggiore è la partecipazione del midollo nel tumore, evidentemente saranno di tanto minori le probabilità di guarigione.

Riassumendo pertanto quanto ho esposto finora, sulla base della classificazione da me adottata per la spina bifida, conchiuderò:

Nella semplice idrorrachide il prognostico è favorevole, e qualunque mezzo operatorio può condurre a guarigione.

---

(1) Palamidessi. *Storia di spina bifida.* — *Gazzetta medica toscana,* 1855 — Corradi, Opera cit.

(2) Hasse K. E. *Malattie del sistema nervoso.* — Milano 1875, pag. 809.

(3) Turretta. Opera cit.

(4) Giraldes. Op. cit. — Gillette. *Chirurgie journalière des hop. de Paris,* 1878, pag. 661.

Nel meningocele, quando le condizioni generali sono buone, è sempre da consigliarsi un atto operativo; la cui scelta starà al senno del chirurgo, a seconda della singolarità del caso; il prognostico è variabile a norma di molteplici circostanze, di cui la principale è la maggiore o minore ampiezza di comunicazione del tumore collo speco vertebrale.

Nel mielo-meningocele si può ancora consigliare un'operazione quando non vi sono gravi complicazioni, come la presenza d' un voluminoso idrocefalo, le pessime condizioni generali, ecc. Tra i metodi operatori quello che può dare maggior speranza di successo sarebbe in tal caso quello adoperato da Robertson. Il prognostico però è sempre assai incerto e il più delle volte letale.

IL FORCIPE TRAENTE NELL'ASSE

TESI

PER LA LIBERA DOCENZA IN OSTETRICIA

del Dott. GIOVANNI INVERARDI

Medico 1.° Assistente nell' Istituto Ostetrico di Torino.

Valore e critica delle modificazioni fatte al forcipe per renderlo istrumento traente nell'asse.

(*Cont. e fine* V. N. 6-7, pag. 329).

Osservazione XXV.

(*Operatore Prof. Tibone*).

Anno scolastico 1883-84 — Sezione II. — N. annnale 82. Professione serva, età 24 anni, statura 1,48, peso chilogr. 63. IIpara. Bacino piatto non rachitico. C.D. 113. 1° periodo 7,30, 2° periodo ore 2,10, Pres. V. Pos. O I S A. *Applicazione del forcipe Simpson traente nell'asse* (modificato) *allo stretto superiore.* Estrazione facile. Perineo, integro. Feto di sesso maschile, peso 3600, lungh. 52. Diametri: O.F. 123, Mass. 138, O.M. 136, Bp. an. 98, Bp. ost. 96, S.O.B. 90, B.T. 85, B.M. 81. Puerperio regolare.

Osservazione XXVI.

(*Operatore lo scrivente*).

Anno scolastico 1883-84 — Sezione III. — N. annuale 44. Professione serva. Età 21 anni, statura 1,36. Peso 60, Ipara. Bacino

piatto non rachitico, C.O. 80, Pres. V. Pos. O I D P. 1° periodo ore 33, 2° periodo 2 ore. *Applicazione del forcipe Simpson traente nell' asse* (modificato) *allo stretto superiore.* Con due tirate vigorose la testa supera l'ostacolo pelvico e discende nello scavo. Il moto di rotazione porta la branca destra sotto la sinfisi pubica. Si toglie questa e si favorisce il movimento d' estensione colla branca sinistra rimasta nella parte posteriore. Il capo supera con difficoltà l'anello vulvare. Perineo integro, feto asfittico non riavutosi. Peso 2940, lungh. 52. Diametri, O.F. 116, O.M. 132, Massimo 146, Bp. an. 90, Bp. os. 86. Puerperio regolare.

Osservazione XXVII.

(*Operatore lo scrivente*).

Anno scolastico 1883-84 — Sezione II. — N. annuale 124. Professione sarta. Età 28, IIpara. Bacino generalmente ed uniformemente ristretto. Cir. pel. 80, Sp. il. 24, Cr. il. 25, C.E. 19. Pres. V. Pos. O I S A. 1° periodo 15 e 40′, 2° periodo 10′. Appena rotte le membrane si fa procidente una voluminosa ansa di funicolo ombelicale pulsante. *Applicazione del forcipe Simpson traente nell'asse* (modificato) *nello scavo.* Una trazione — Perineo integro. Feto asfittico di 1° grado riavutosi. Peso 3000 gr., lungh. 49. Diametri: O.F. 115, O.M. 117, Bp. An. 95, Bp. os. 87, S.O.B. 95, B.T. 84. Diam. Mass. 126, B. mast. 66. — Puerperio normale.

Osservazione XXVIII (1).

La sera del 16 febbraio 1883 sono chiamato presso la signora M. F., che era da oltre 3 ore nel periodo espulsivo. Contrazioni debolissime per distendimento notevole della cavità uterina. — La diagnosi ch' io emisi di gravidanza gemellare la sorprese molto e la fece andare veramente in ismanie. La testa del primo feto era già discesa nello scavo. — IIIpara. — Bacino normale, Pres. V. Pos. O I S A. — *Applicazione del forcipe Simpson* (modificato); estrazione facile, rottura del secondo sacco. Pres. V. Pos. O I D P. *Seconda applicazione sulla seconda testa mobile sullo stretto supe-*

(1) Queste ultime osservazioni appartengono alla mia clientela privata.

riore. Fatta la prima trazione con prudenza la testa si insinua e discende nello scavo, ma la branca destra viene condotta dal moto di rotazione sotto l'arcata del pube. Disarticolo il forcipe ed estraggo la branca destra, facendo trazioni sulla branca sinistra, situata posteriormente, a mo' di leva curva. Estrazione facile. Perineo integro. Feti sviluppati di sesso femminile, oltrepassano tutti e due i tre chilogr. in peso (vennero pesati il giorno dopo). Puerperio normale.

Osservazione XXIX.

Il giorno 18 maggio 1883 sono pregato di assistere la sig.ª P. S. M. che accusava dolori di parto. Donna apparentemente robusta, di statura alta, spalle larghe, ma molto grassa e floscia. È IIpara, e il primo parto, che avvenne 9 anni or sono, fu seguito da un processo puerperale gravissimo che la condusse in fin di vita. Il presente travaglio va per le lunghe, la signora ha potuto prendere pochi cibi, è inquieta e si lagna di un senso di deliquio che ad ogni tanto la coglie. — 1° periodo 18 ore. A dilatazione completa rompo il sacco amniotico. Le contrazioni che erano deboli, brevi e rade si fanno del tutto mancanti per una mezz'ora, indi ripigliano col carattere primitivo, deboli e di breve durata. La partoriente è spossata, ha un cattivo presentimento e ricorda ad ogni momento il pericolo corso e difficilmente scampato nell'altro parto; il senso di deliquio si converte in vera lipotimia, accompagnata da tremiti generali. È passata un'ora dalla rottura delle membrane, ma la testa non ha progredito per nulla, essa è grossa ed ossificata, mobile e molto elevata in posizione O I S A. Propongo e viene accettata la liberazione artificiale che tento col forcipe. *Applicazione del forcipe Simpson* (modificato) *allo stretto superiore* su testa non ancora fissa. Fatta la prima tirata con prudenza ed assicurata la presa procedo all'estrazione che si compie facilmente con una sola trazione lenta e continuata. Perineo integro. Feto sano di sesso femminile, peso 3200. Lunghezza 51. Puerperio normale.

Osservazione XXX.

Il giorno 14 agosto 1883 vengo richiesto presso la signora M. F. che avevo di già assistito altre volte. Accusava dolori di parto.

Di costituzione regolare, è bruna di capelli, pallida, carni flosce, nutrizione mediocre, lo scheletro è normale ed il bacino pure normale come ne fanno fede i 12 parti precedenti tutti spontanei, tranne uno (IV) che terminò con un'applicazione di forcipe per inerzia uterina. I puerperii furono tutti normali ad eccezione del VI che fu patologico per perimetrite piuttosto grave. Questo parto decorre lentamente per contrazioni deboli, breve e divise da lunghi intervalli. — Il 1º periodo dura da 10 ore ed il 2º si protrae già di 4 ore. Pres. V. Pos. O I S A. I dolori facendosi sempre più radi e di breve durata si accetta senza resistenza il forcipe. La testa è proprio sullo stretto superiore. - *Si applica il forcipe Simpson* (modificato) e con una sola trazione continuata, la testa viene ai genitali esterni che non oppongono alcuna resistenza. Feto vivo di sesso femminile, di sviluppo buono, della lunghezza di 50 ctm. e quantunque non pesato si può assicurare del peso eccedente i 3000 gr. — Puerperio fisiologico.

Osservazione XXXI.

Verso la fine di novembre 1883 sono pregato dal collega M. S. medico condotto in uno dei paesi che stanno alle porte della nostra città, di vedere la sua signora in travaglio di parto da circa 3 giorni. Le membrane si erano rotte nel 2º giorno, ma senza che la dilatazione della bocca uterina progredisse. Dilatazione di 4-5 ctm., margini spessi, resistenti. Già dalla sera del 2º giorno era in scena un po' di febbre (38,2) che, dopo una leggera remissione al mattino susseguente, era tornata la sera del 3º giorno e salita a 39,2 con un senso di freddo generale. — Quando arrivo presso la partoriente, che è sfiduciata e con tristi presentimenti sull'esito del suo parto, che è il primo, essa è nelle seguenti condizioni Organismo gracile, statura bassa, qualche segno di pregressa rachitide, pelle secca, polso piccolo e frequente (140), Temp. 39,4, ventre teso, utero duro e dolente, permanentemente contratto. Dalla palpazione non si può rilevare parte alcuna fetale, solo che l'utero ha manifestissima la forma ovale verticale; battito cardiaco nel q. i. s. regolare per ritmo e frequenza. Genitali esterni edematosi, scoli fetenti dai genitali, vagina calda e secca. Collo dell'utero spesso, dilatato di ctm. 5 e non dilatabile, segmento inferiore spesso. Pres. V. Pos. O I S A. totalmente sullo stretto superiore su cui è fissato, testa non modificata nella forma.

Si raggiunge facilmente il promontorio sacro vertebrale e le sinfisi sacro-iliache. C.D. 100, ossa spesse, bacino generalmente ristretto ed appiattito.

La partoriente accusa inoltre cefalalgia intensa nella regione frontale e un continuo senso di nausea che le fa rifiutare ogni alimento sì liquido che solido. È spossata ed abbattuta moralmente e fisicamente. In tale stato di cose avrei prescritto volontieri un bagno tiepido, prolungato con qualche doccia vaginale tiepida, ma l'ora tarda (10 pom.) e la località in cui si era me ne fecero smettere il pensiero, tanto più che un'altra via mi si apriva dinnanzi, più spiccia e ugualmente giovevole per la partoriente. D'altra parte il processo certamente infettivo che questa signora portava e l'importanza che a ragione si attribuisce a tali stati durante il parto, mi invitavano a farla finita presto, e mi appiglio a questo partito. Temendo difficoltà eccessive all' estrazione del capo per parte del collo e del segmento inferiore dell' utero, ancora spessi e non cedevoli, previa una prolungata ed accurata lavatura vaginale fenicata, pratico coll' isterotomo quattro sbrigliamenti sui quattro punti cardinali dell' orifizio uterino, della profondità di mezzo centimetro l' uno. *Applicazione del forcipe Simpson* (modificato) *interamente sullo stretto superiore.* — La prima tirata fatta prudentemente mi dimostra buona la presa. Si richiedono tre tirate vigorose per far superare alla testa l'ostacolo pelvico.

Il feto dà segni evidenti di sofferenza (battiti a 60), per cui si porta rapidamente alla luce. Il perineo breve si lacera per un centimetro.

Feto gracile, ossa cedevoli, fontanelle ampie, peso del giorno dopo 2820 gr., lungh. 48 ctm. Si lava per bene la cavità uterina con molta acqua fenicata. La temperatura va diminuendo e la puerpera 10 giorni dopo può lasciare il letto.

PROSPE

delle applicazioni del forcipe

Numero d' ordine	Numero del parto	Indicazione	Istrumento usato	Piano pelvico a cui si è portato il forcipe	N. delle tirate
1	II	Stenosi pelvica	Tarnier II	Stretto superiore	1
2	III	» »	Id. che non riesce. Si applica quello tedesco	» »	1
3	I	Inerzia uterina	Tarnier II	Parte media dello scavo	1
4	I	Eclampsia	Simpson	Parte alta dello scavo	1
5	I	Perineo resistente	»	Stretto inferiore	1
6	II	Infezione grave	»	Parte alta dello scavo	1
7	I	Stenosi pelvica e inerzia uterina	Simpson modific.	Stretto superiore	3
8	V	Stenosi pelvica	Tarnier II	» »	1
9	I	» »	»	» »	1
10	I	Inerzia uterina	Simpson modific. » »	Scavo Stretto superiore	1 1

ERALE

se citate nel presente lavoro

Stato di salute del feto prima dell'atto operativo	Stato di salute del feto dopo l'atto operativo	Stato del perineo	Puerperio ed Osservazioni
buono	sano	?	Normale.
»	»	Integro	Endometrite settica leggera.
»	asfittico riavutosi	»	id. id. id.
»	»	Lacerazione della forchetta	Normale. Si toglie la branca destra che è sotto la sinfisi pubica.
»	sano	Integro	id. id. id.
?	asfittico non riavutosi	»	Il processo infettivo non fu possibile troncare. - La donna muore al 3º giorno. L'atto operativo durò 15 minuti, non è probabile quindi che il feto sia morto per esso. - Si toglie la branca destra che impedisce il moto di estensione.
buono	sano	Lacerazione superficiale.	Endometrite e parametrite. – Guarigione.
»	»	Integro	Normale.
»	»	Lacerazione superficiale	Endometrite leggera. - Guarigione. Procidenza del funicolo ombelicale ridotto, si ritrae la branca destra che impedisce il moto di estensione.
»	»	Illeso	Normale.
»	»		

Numero d'ordine	Numero del parto	Indicazione	Istrumento usato	Piano pelvico a cui si è portato il forcipe	N. delle tirate
11	I	Inerzia uterina	Tarnier III	Stretto superiore	1
12	V	» »	?	» »	1
13	I	Stenosi pelvica	Simpson modific.	» »	1
14	I	Minaccia di asfissia fetale	Tarnier III	Scavo	1
15	III	Eclampsia (Krause)	Simpson modific.	Stretto superiore	1
16	I	Stenosi pelvica ed inerzia uterina	» »	Parte alta dello scavo	1
17	III	Asistolia e ortopnea (Krause)	» »	Stretto superiore	1
18	I	Stenosi pelvica	» »	» »	5
19	I	Inerzia uterina	Tarnier III	Scavo	1
20	II	Stenosi pelvica	» Fallito si applica l'ordinario	Stretto superiore	2
21	I	» »	Simpson modific.	Scavo	2
22	I	» »	» » Craniotomia, cranioclastia	Stretto superiore	3 inutili
23	I	» »	Tarnier III – Craniotomia, cranioclastia	» »	2 inutili

Stato di salute del feto prima dell'atto operativo	Stato di salute del feto dopo l'atto operativo	Stato del perineo	Puerperio ed Osservazione
buono	sano	Illeso	Normale.
»	»	»	id.
»	»	Lacerazione di primo grado.	Normale. Sclerema sifilitico ai genitali esterni.
in pericolo	asfittico riavutosi	»	Normale.
»	»		Normale. Un solo accesso di eclampsia al termine della gravidanza.
»		Lacerazione di secondo grado	Normale. Si applica al perineo una pinzettina a pressione continua.
buono	sano	Lacerazione di primo grado.	Vulvite ulcerosa leggera. — Morta improvvisamente per degenerazione grassa del cuore.
»	asfittico riavutosi	Lacerazione di secondo grado Perineorafia	Vulvite ulcerosa e parametrite doppia. Guarigione. Perineorafia riuscita completamente.
»	sano	Lacerazione di secondo grado.	Vulvite ulcerosa. Guarigione. Roseola sifilitica. Perineorafia, adesione in basso.
»	vivo	Integro	Metrite leggera. Guarigione. Il forcipe lascia la presa due volte per scivolamento orizzontale.
»	»	Lacerazione della forchetta	Normale.
»	morto	»	Vulvite ulcerosa. – Guarigione. – Emuresi da paralisi vescicale.
»	»	Integro	Normale.

Numero d'ordine	Numero del parto	Indicazione	Istrumento usato	Piano pelvico a cui si è portato il forcipe	N. delle tirate
24	II	Stenosi pelvica	Tarnier III	Parte alta dello scavo	1
25	II	» »	Simpson modific.	Stretto superiore	1
26	I	» »	» »	» »	2
27	II	Procidenza del funicolo	» »	Scavo	1
28	III	Inerzia uterina	» »	» Stretto superiore	1 1
29	II	Asistolia. - Inerzia uterina	» »	» »	1
30	XIII	Inerzia uterina	» »	Parte alta dello scavo	1
31	I	Stenosi pelvica e inerzia con stato irrit. dell'utero.	» »	Stretto superiore	3

Stato di salute del feto prima dell'atto operativo	Stato di salute del feto dopo l'atto operativo	Stato del perineo	Puerperio ed Osservazioni
buono	asfittico riavutosi	Lacerazione di primo grado	Vulvite ulcerosa. Guarigione. – Si toglie la branca destra che impedisce il moto di estensione.
»	sano	Integro	Normale.
soffer.	asfittico non riavutosi	»	Normale. La branca destra impedisce il moto di estensione e si ritira.
»	asfittico riavutosi	»	Normale.
buono	vivo	»	Normale. Gravidanza gemellare. di origine blastodermica Si toglie la branca destra che impedisce il moto di estensione.
»	»	»	Normale.
»	»	»	id.
»	»	»	Leggera endometrite. Guarigione.

Da questo prospetto si rileva che il forcipe traente nell'asse venne applicato (compresi i due casi di gravidanza gemellare) 33 volte, con risultato utile 31 volte. In 2 casi il forcipe fu inutile essendosi dovuto ricorrere alle operazioni cruente sul feto onde compiere il parto. Dei 31 casi in cui il forcipe bastò noi ne abbiamo 29 in cui il forcipe traente nell' asse venne applicato con risultato soddisfacente, mentre in due casi esso dovette cedere dinanzi al forcipe ordinario (Oss. 1 — Oss. 20). Nel 1° caso non si potè riuscire a porre in sito la branca destra, nel secondo applicato ed articolato lasciò la presa due volte di seguito. Non mi arresto sul primo di questi casi imperocchè in esso si era usato il 2° modello che per la grandezza e la larghezza delle cucchiaie non è certo istromento pratico nelle stenosi pelviche, specialmente le generali. Del secondo caso è necessario dire qualche parola. Qui trattasi di testa arrestata sullo stretto superiore. Applicato l' istrumento si è obbligati a portare in avanti i manici, onde crearsi al di dietro di essi uno spazio sufficiente per ottenere l'innesto. La lunghezza dei manici offre un braccio di leva piuttosto lungo e quindi potente, e può forse in questo modo spiegarsi lo scivolamento all' indietro delle cucchiaia che abbandonano così la presa. Di più la presenza degli uncini rende più facile l' articolazione anche quando le branche non sono del tutto parallele e che afferrano perciò soltanto un segmento del capo e non punti diametralmente opposti.

Negli altri 29 casi noi abbiamo risultati soddisfacenti tanto per la madre che pel feto. — Delle donne 15 sono Ipare, 6 IIpare, 3 IIIpare, 2 Vpare od 1 XIIIpara. Delle 12 pluripare 3 sole ebbero una lacerazione superficiale ed insignificante, le altre sortirono con perineo immune. Fra le 15 primipare, noi ne troviamo 6 che ebbero il perineo rispettato, 4 che ebbero la lacerazione della forchetta, 2 una lacerazione di 1° grado e 3 di 2° grado. Ora dal lato della pratica una lacerazione della forchetta ed una lacerazione di 1° grado hanno poca importanza poichè se si tengono asettiche non possono dare alcun incomodo nè prossimo, nè remoto. Non così per le lacerazioni più estese, le quali per la maggiore estensione che hanno, per la maggiore difficoltà che presentano a tenersi asettiche possono diventare sede di ulcerazioni puerperali con tutte le brutte sequele che ne possono derivare sia direttamente sia indirettamante per la mancanza di sostegno alla colonna vaginale posteriore. Sono quindi queste special-

mente che meritano la nostra attenzione. Esse avvennero tutte in donne che portavano un bacino generalmente ristretto. Dallo studio che ho fatto sul principio di questo lavoro risulta chiaramente quanta importanza abbia questo fatto, imperocchè è spiegato che tanto più sarà piccolo il bacino, tanto più basso sarà lo spazio sottopubico, e tanto maggiore sarà la distensione che dovrà subire il perineo per permettere l'uscita del capo attraverso ai genitali esterni. I quali poi sono soventissimo in armonia di sviluppo colla pelvi, per quella nota legge, che ha pochissime eccezioni i secondo la quale bacino generalmente ristretto si accoppia ad organ, genitali atrofici, sì interni che esterni; quindi apertura vulvare stretta, perineo poco alto. Nessuna meraviglia adunque se ad onta delle maggiori cure avute s' ebbero ad osservare 3 lacerazioni perineali di 2º grado. Questi tre casi di lacerazione perineale, si curarono: 2 colla sutura, ed uno coll'applicazione di una pinzettina a pressione continua. La sutura venne praticata immediatamente dopo il parto, siccome è usanza della scuola, con esito buono in tutti e due i casi.

Gli strumenti che si usarono furono 4. Il 2º modello del forcipe *Tarnier*, il forcipe *Simpson* traente nell' asse, il forcipe *Tarnier*, 3º modello, ed il forcipe *Simpson* traente nell'asse modificato. Le proporzioni sono le seguenti:

Forcipe *Tarnier* 2º modello in	3 casi	(1 fallito)	
» » 3º » »	8 »	(1 fallito ed 1 insufficiente - craniot. e cranioclastia)	
» *Simpson* traente nell'asse »	3 »	(tutti riusciti)	
» » » » modificato »	18 »	(1 insufficiente - craniotomia e cranioclastia)	
» non accertato	1		
Totale	N. 33		

Veniamo ora alla parte più importante, alla morbilità, e alla mortalità tanto della madre che del feto.

Da uno spoglio complessivo noi veniamo alle seguenti conclusioni:

Donne operate (escluse le embriotomizzate)	N. 27
Feti estratti (comprese le gravidanze multiple)	» 29
Ebbero puerperii normali donne	» 18
Leggeri processi puerperali guariti	» 7
Morirono donne	» 2

Delle morti però nessuna va messa sul conto del forcipe imperocchè nel primo caso (Oss. 6.ª) il processo infettivo si manifestò di già nel corso del parto ed assunse subito un particolare carattere di gravezza. Il forcipe venne applicato onde svuotare presto la cavità uterina e lavarla; ma ogni cura fu inutile, il processo infettivo decorse verso l'esito letale, fatalmente e rapidamente, conservandosi superiore ad ogni nostro mezzo.

Il secondo caso (Oss. 17.ª) appartiene a donna anemica eccessivamente, polisarcica, anasarcatica con accessi di asistolia da lunga pezza ed ortopnea. La morte istantanea, la degenerazione grassa del cuore trovata sul tavolo anatomico e le lesioni superficialissime ai genitali esterni scagionano nel modo più reciso il forcipe di questo esito.

A rendere questa statistica molto migliore di quante si pubblicarono fino ad ora sul forcipe, non contribuisce solo la nuova e più appropriata direzione che si dà col nuovo istrumento alla forza traente, ma vi ha una parte grandissima l'assistenza antisettica che nella Clinica di Torino è ormai eretta a sistema con lodevolissimi risultati. Ciò però non impedisce che si abbia oggi il diritto di rallegrarsi dei progressi che, anche in questa parte la ostetricia operativa, mercè studi indefessi di eminenti ingegni, ha potuto conquistare.

Veniamo ora all'altra metà del problema, cioè al feto. Qui il giudizio si presenta scevro da ogni altra considerazione e perciò in questa parte decisivo pel nuovo istrumento. Il numero di feti portati alla luce dal forcipe traente nell'asse, esclusi i due craniotomizzati, i due che vennero estratti col forcipe ordinario e compresi quelli delle due gravidanze gemellari è di 29; dei quali 3 erano in pericolo (uno per voluminosa ansa di funicolo procidente) quando si incominciò l'atto operativo. Uno di questi morì durante l'estrazione; gli altri due, compreso quello della procidenza del funicolo si poterono salvare. Rimangono 26, dei quali 25, che non davano segno alcuno di sofferenza quando s'incominciò l'operazione vennero estratti viventi (22 sani, 3 asfittici riavutisi). Di uno solo non venne detto lo stato di salute prima dell'operazione e, venuto alla luce asfittico, non si potè rianimare. Per modo chè tutto sommato sopra 29 feti morirono 2, uno già sofferente prima dell'atto operativo, dell'altro nulla è detto riguardo allo stato suo prima dell'operazione. Ond'è che riguardo alla vita del feto mi pare che il forcipe traente nell'asse abbia in questi casi

fatto eccellenti prove, donde a noi la sicurezza di non aver stretto troppo la vite ed una solenne smentita a coloro che temono troppo la compressione continua sul capo fetale. Egli è però vero che ciò si otterrà solo quando si sia acquistata quell'esperienza, quel tatto che non può insegnarsi, ma che s' impara facilmente, e che ci deve avvertire quando la strettura della vite è sufficiente

Nè ho voluto tenermi pago del risultato assoluto ma ho voluto cercare quello relativo, cioè in confronto coi risultati avutisi col forcipe ordinario. Ho perciò preso la media di 17 statistiche date da diversi autori, francesi, tedeschi ed inglesi ed ho trovato sopra un totale di 10,845 applicazioni di forcipe, 1951 feti morti, cioè la mortalità pel feto equivalente al 18 %; la quale è d' assai superiore alla nostra che dà solo il 7 % (V. prospetto in fine).

Rimane ora a studiare il risparmio di forza che si è fatto in queste applicazioni e vedere se esso può venir accertato dall' esame delle nostre osservazioni.

Dei 29 casi di applicazione del forcipe traente nell' asse, bastò una sola tirata in ben 24 casi, fra cui figurarono 13 casi di applicazioni allo stretto superiore e 7 di stenosi pelvica. In 2 casi si richiesero 2 tirate e in 2 altri casi furono necessarie 3 tirate e sempre per viziatura pelvica. In un solo caso il battito cardiaco conservandosi normale si fecero 5 tirate e tutte intensissime con risultato felice per tutte e due le vite. Ond'è che è lecito concludere che nel massimo numero dei casi (anche trattandosi di viziatura pelvica) basterà una sola tirata onde estrarre un feto col forcipe traente nell'asse.

Da tutti questi fatti osservati diligentemente, ed appartenenti ad operatori differenti e con una sufficiente varietà di forcipi, ma tutti traenti nell'asse possiamo venire ad alcune conclusioni pratiche, che mi sembrano sufficientemente appoggiate ai fatti.

1.° Riguardo alla madre sia per quello che si riferisce all'integrità del perineo, sia per quello che si riferisce alla morbilità e mortalità esso dà risultati di gran lnnga migliori che l'ordinario.

2.° Riguardo al feto l'innocuità del forcipe traente nell'asse è meno sicura, dipendendo esso dal grado di strettura della vite. Ma quando si sia acquistato il senso necessario per stringere adeguatamente la vite, e tanto da assicurare la presa e non offendere la vita fetale, i fatti surriferiti stanno lì a provare che il feto soffre meno col nuovo che col vecchio forcipe.

3.º Nel maggior numero dei casi anche trattandosi di viziatura pelvica (ben inteso di competenza del forcipe) *una sola tirata* basta a portare alla luce il feto; raramente se ne richiederà 2 o 3, eccezionalmente di più. In tal caso è da preferirsi l'embriotomia.

4.º Uno degli inconvenienti che si osservò in 7 casi (più frequente nelle posizioni posteriori) fu di dover estrarre la branca che col moto di rotazione del capo fu condotta sotto la sinfisi pubica, arrecando così un serio impedimento al moto di estensione. Cosa, è vero, alquanto spiacevole nelle famiglie, ma che certo va messa in seconda linea dinnanzi ai reali vantaggi che esso ci può fornire.

Sono così arrivato alla fine del mio lavoro senza avere la pretesa di aver svolto l'argomento in ogni suo particolare. Il tempo non lungo, e le non lievi occupazioni dell'ufficio mio non mi permisero di svolgere che le parti più importanti dell'argomento. Ciò nullameno spero che, sulla base dei fatti che ho più sopra riportati, il lettore si sarà formato quel giudizio che mi pare scaturisca spontaneo, quello cioè che, pur conservando molti difetti, il forcipe traente nell'asse rappresenta una delle migliori e più belle conquiste della moderna ostetricia scientifica, che lo farà certamente progredire verso quella perfezione, che è desiderio universale e che mi auguro abbia presto a conseguire.

Prospetto riassuntivo delle applicazioni del forcipe traente nell'asse.

Fra le primipare ebbero il PERINEO rispettato	donne	N.	6 = 40 %
» » » la lacerazione della forchetta	»	»	4 = 26 %
» » » la lacer. di 1º gr.	»	»	2 = 13 %
» » » » 2º » (bacino gen. ristr.)	»	»	3 = 20 %
Totale		N.	15

Fra le pluripare ebbero il PERINEO rispettato	donne	N.	8 = 66 %
» » » laceraz. di 1º gr.	»	»	3 = 25 %
» » » » non notata	»	»	1 = 8 %
Totale		N.	12

Ebbero PUERPERIO normale donne	N. 18	= 66 %
» leggeri processi puerperali guariti	» 7	= 25 %
Morte (senza selezione)	» 2	= 7 %
Totale	N. 27	

FETI portati alla luce col forc. traente nell'asse	N. 29	
» estratti viventi » » »	» 27	= 93 %
» » morti asfittici » » »	2	= 7 %

Bastò una sola TIRATA in casi	N. 24	= 83 %
Occorsero 2 » »	» 2	= 7 %
» 3 » »	» 2	= 7 %
» 5 » »	» 1	= 3 %
Totale	N. 29	

Bastò una sola TIRATA per STENOSI PELVICA in casi	N. 7	= 58 %
Occorsero 2 » » » » »	2	= 16 %
» 3 » » » » »	2	= 16 %
» 5 » » » » »	1	= 8 %
Totale	N. 12	

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze
diretto dal Prof. Cav. DOMENICO CHIARA

CONTRIBUTO ALLO STUDIO
DELL'INDURIMENTO SCLEROSO E DELLO SCLEROMA SIFILITICO
AI GENITALI FEMMINEI
E DEL LORO RAPPORTO COLLA GRAVIDANZA, COL PARTO E COL PUERPERIO

Nota clinica

del Dott. EMILIO FASOLA
Libero docente di Ostetricia
Aiuto-Professore nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze.

Se gli scritti che si pubblicano fossero tutti lavorati al tornio dell'osservazione, in poche pagine si racchiuderebbero le grandi ed utili verità. PALETTA.

Gli organi genitali femminili offrono terreno assai favorevole alla inoculazione del contagio della sifilide, che la donna comunemente contrae nei rapporti sessuali.

Il primo fenomeno apprezzabile che risulta dalla inoculazione, la prima lesione che rivela la presenza della sifilide nell' organismo è l'ulcera infettante; essa si manifesta là, dove si è fatto l'assorbimento, sempre là e non altrove. La predilezione che l' ulcera spiega nella scelta del terreno di sua produzione nelle varie regioni degli organi genitali della donna è messa molto bene in evidenza da una statistica del Fournier (*Leçons sur la syphilis*, Paris 1873, pag. 69); la più frequente è l'ulcera delle grandi labbra, che si osserverebbe 114 volte sopra 249 casi; e si avrebbe poi per ordine di frequenza alle piccole labbra e alla forchetta;

al collo uterino (molto più raramente, cioè 13 volte sopra 229 casi); alla regione clitoridea, all'ostio vaginale, al meato urinario e all'uretra, alla commettitura vulvare superiore, e finalmente, con rarità sorprendente, alla vagina; una sola in questa regione su 249 casi di ulcere ai genitali, ed anche quella incerta e sospetta. Intendo parlare, ben inteso, della vagina propriamente detta, della parte media e superiore di questo canale, perchè all'ostio vaginale, all'indietro delle caruncole mirtiformi, accade talvolta, benchè più raramente che al collo uterino, di osservare l'ulcera, la quale non si distingue per nessun carattere dalle ulceri esterne, tra cui vuol'essere annoverata dal punto di vista della pratica.

La struttura della mucosa vaginale, per quanto questa sia ricca di tessuto connettivo denso e di fibre elastiche, e sia ricoperta da epitelio assai spesso; e benchè bagnata dalla secrezione che aumenta nell'atto del coito, e la protegge in parte dalle escoriazioni e dalle lacerazioni, non dà sufficiente spiegazione del fatto; perchè altrimenti non si comprenderebbe il diverso contegno di altre parti non meno favorite a questo riguardo (1); nè luce maggiore parmi possa dare la estensione e la funzione cui è destinata la vagina nei ravvicinamenti sessuali, quando non si voglia tenere in qualche conto la sua forma. Più larga alla parte superiore che alla inferiore, essa è soggetta ad attrito minore in alto che in basso, e là non debbono prodursi che raramente le abrasioni e le lacerazioni, attraverso cui possa penetrare nell'organismo la sostanza virulenta speciale, che il Klebs sarebbe disposto a credere consistente in un micro-organismo, sotto forma di micrococco, che propose di chiamare *helicomonas siphiliticum*.

La resistenza che la vagina oppone alle lesioni sifilitiche si mostra notevole anche nelle manifestazioni secondarie; sopra 556 casi riportati dal Fournier, 522 furono vulvari, 25 al collo uterino e solo 9 alla vagina, e di queste 9 manifestazioni la maggior parte all'anello vagino-vulvare, meno alla parte superiore, e nessuna alla parte media, nel corpo vero della vagina, dove sono eccezionali, se pure qualche volta furono riscontrate con certezza assoluta (Fournier. *Loc. cit.*, pag. 548). È però vero che le lesioni sifilitiche interne dei genitali sfuggono facilmente all'osservazione perchè spesso non si palesano per fenomeni di qualche rilievo,

(1) Fournier. *Loc. cit.*

non determinano alcun dolore, hanno un decorso rapido, e perdono assai presto i caratteri loro proprii per assumere l' aspetto delle ulcerazioni comuni. D'altra parte, questa proprietà non costituirebbe un privilegio delle lesioni sifilitiche, e sul collo uterino vediamo guarire rapidamente tutte le eruzioni e le lesioni accidentali, non trattenute da cause persistenti, come la metrite, ad esempio. Si direbbe che il collo uterino ha una tendenza tutta propria alla iperplasia ed alla riparazione de' suoi tessuti.

È certo però che la vagina va quasi sempre immune dall'ulcera specifica; ed è certo che della mucosa genitale, dove le manifestazioni sifilitiche secondarie, ancora più che sulla mucosa boccale, trovano campo di predilezione, la vaginale è quasi sempre rispettata.

Nella clinica torinese, diretta dal Prof. Tibone, ebbi l'opportunità di osservare due casi interessantissimi, l'uno di *scleroma sifilitico ulcerato* alla faccia interna del grande labbro di destra, accompagnato da edema duro od indurimento scleroso delle grandi e delle piccole labbra d' ambe le parti, della vagina e del collo uterino; l'altro di scleroma sifilitico ulcerato pure alla faccia interna del grande labbro di destra, con edema duro del grande e del piccolo labbro della stessa parte; altri due casi ho osservato in questi ultimi giorni nella clinica fiorentina; e questi quattro mi ricordavano una forma simile, che aveva osservato nella clinica di Parma, mentre ero assistente presso il Prof. Calderini (1881). Di tal genere è l' osservazione del Prof. Chiarleoni, pubblicata negli *Annali universali di Medicina*, Milano 1873; e lo sono pure le osservazioni raccolte nella clinica di Firenze, e pubblicate dall'egregio dottore assistente Martinetti (*Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria*, 1883-1884). È di siffatta lesione, rara per la forma, e più rara per la sede sulla vagina, notevole per gli effetti prodotti sull'andamento del parto e del puerperio, che intendo parlare brevemente. Allo scopo di essere più breve e meno oscuro farò precedere le mie osservazioni cliniche ai ragionamenti e alle deduzioni, e riporterò in riassunto le osservazioni presso noi pubblicate a questo riguardo e pervenutemi a conoscenza.

Osservazione I.

L'11 febbraio 1883, alle ore 4 ant., entrava nella clinica ostetrica di Torino una donna per nome Driana Marianna, cuoca, di 25 anni, alta metri 1. 49, di abito regolare, gravida per la prima volta, a termine, e con dolori uterini annuncianti il travaglio in corso; con feto vivo e sano, in presentazione di V., fissa alla parte superiore dello scavo ed in posizione O. I. S. A.

Nulla di gentilizio: ha genitori vivi e sani, entrambi dell'età di 57 anni: le morivano due fratelli poco dopo la nascita, vittime, a quanto pare dalla narrazione della paziente, del loro esagerato sviluppo.

La Driana Marianna fu mestruata la prima volta all'età di 13 anni; regolari le mestruazioni successive nel periodo di ritorno e nella durata: ebbe l'ultima il 10 giugno 1882; epoca in cui ebbe origine, al dire della donna, l'infezione sifilitica, di cui si hanno le manifestazioni ai genitali.

I genitali esterni sono di colore livido, e bagnati da mucosità che colano in abbondanza: si hanno numerosi tubercoli mucosi sulla faccia esterna delle grandi labbra, e intorno all'ano; tubercoli mucosi si osservano anche alle labbra, alle tonsille e ai pilastri anteriori; adenopatia specifica generale più pronunciata agli inguini. Il grande labbro di destra è più sporgente del sinistro, più voluminoso, più duro, di una resistenza come pergamenacea, percorso obliquamente da solcature lineari, (edema duro); le stesse particolarità nel grande labbro di sinistra, ma con notevole differenza di grado. Alla faccia interna del grande labbro di destra un neoplasma (scleroma) rotondeggiante a superficie ulcerata, del diametro di circa tre ctm., infossato al centro, di aspetto grigiastro, a margini sollevati di due o tre millimetri dal livello dei tessuti circostanti, da cui è nettamente limitato. La palpazione e l'esplorazione riescono indolore. Le piccole labbra sono pure anormalmente sviluppate, dure e rugose; la vagina è stretta, pronunciata la colonna anteriore e la posteriore, che si prolungano non meno distinte fino alla parte superiore di essa, ciò che non si ha normalmente; ha profonde le solcature trasversali, è dura come infiltrata, e di una friabilità particolare.

Orificio uterino, verso le ore otto del mattino, dilatato di cinque centimetri, a margini tesi, spessi, rigidi; membrane integre, testa

nello scavo: battito fetale regolare e meglio sentito nel quadrante inferiore sinistro; contrazioni frequenti, donna in buone condizioni. Si fanno ripetute irrigazioni vaginali con una soluzione tiepida di sublimato corrosivo (1 per 1000).

Alle ore 10 antim. l'orificio è dilatato di circa sette ctm., e si rompono le membrane con scolo di discreta quantità di liquido ammiotico: il battito fetale è regolare, ma la donna è un po' sofferente, e poco dopo si crede opportuno di intervenire con una applicazione di forcipe. Si ricorre al forcipe Simpson: l'applicazione delle branche riesce facile, non ostante la incompleta dilatazione del collo. Articolate le branche; l'operatore, al sopraggiungere della prima contrazione si mette a tirare con energia, ma la testa non si avanza. Cessata la contrazione si sospendono le trazioni; all'esplorazione si trova che il collo, cui è dovuta la resistenza provata, forma un cerchio assai teso: all'ascoltazione si sente che il battito fetale si fa irregolare. L'ostetrico riprende le trazioni con vigore, e dopo qualche minuto riesce a vincere la resistenza del collo uterino; trazioni continue ed energiche deve fare anche per attraversare la vagina e la vulva, mentre un assistente sostiene accuratamente il perineo.

Il disimpegno della testa si compie con molta lentezza, e così quello delle spalle e del podice; dieci minuti dopo la cacciata del feto si fa il secondamento, favorito col metodo della spremitura. Ai genitali si nota: una profonda lacerazione che divide completamente il grande labbro di destra al suo terzo inferiore, e che si prolunga all'indentro rasentando il margine dello scleroma, e all'infuori obliquamente, a lato del rafe mediano del perineo per un tratto di circa tre ctm.

Una seconda lacerazione, meno estesa, alla commettitura posteriore, ed altre minori sul labbro sinistro. Dalla parte superiore e laterale dell'ostio vaginale partono altre due lacerazioni, quasi simmetriche, che si prolungano all'infuori fino ad interessare il piccolo labbro corrispondente; meno estesa una terza alla parte inferiore e mediana dell'ostio vaginale, la quale non si prolunga tanto da raggiungere la lacerazione vulvo-perineale mediana.

Ai lati della parte mediana della vagina si sentono soluzioni di continuità di non molto rilievo, e alla parte superiore, nel fornice posteriore, in direzione trasversale, una lacerazione, notevole per la località, e resa visibile per discesa dell'utero e procidenza della vagina, come per la stessa ragione sono visibili due altre sul collo uterino, l'una maggiore a sinistra, l'altra a destra.

Come si rileva da questa esposizione, i guasti prodotti dal parto negli organi genitali non erano dappoco, nè comuni, e buon per tutti che l'emorragia consecutiva siasi facilmente arrestata più per la natura delle lesioni che per intervento dell'arte.

Il feto veniva alla luce sano e vagiva subito; era maschio, del peso di grm. 3075, della lunghezza di ctm. 49, di cui 26 dal vertice al bellico. I diametri della testa misuravano: il bip. anat. 92, il bip. ost. 89, il bi. temp. 82, l'occ. front. 115, il S. O. B. 93. — Le impronte del forcipe sulla testa sono nette e mostrano che esso vi fu applicato direttamente.

La placenta ha dei tratti qua e là di degenerazione apparentemente e macroscopicamente grasso-fibrosa; gli annessi sono interi, il cordone misura ctm. 49.

Puerperio. — Giorno 1. — Matt. T. 36,9 P. 64 R. 18
Sera T. 37 P. 68 R. 18

Cefalalgia frontale, dolente alla pressione l'area uterina: si fanno irrigazioni vaginali di una soluzione tiepida di sublimato corrosivo all'1 per 1000, ripetute nei giorni successivi; si toccano con alcool le lacerazioni, e si coprono con iodoformio in polvere.

Giorno 2. — Matt. T. 37,3 P. 76 R. 18
Sera T. 37,5 P. 78 R. 18

Perdura la cefalalgia frontale; leggermente dolenti i parametrii alla pressione; le lacerazioni hanno preso un aspetto grigio-nerastro. Si fanno pennellature iodiche sulle lacerazioni e sulla superficie ulcerata dello scleroma.

Giorno 3. — Matt. T. 37,8 P. 80 R. 18
Sera T. 38,3 P. 88 R. 20

La stessa medicazione del giorno antecedente.

Giorno 4. — Matt. T. 37,9 P. 72 R. 18
Sera T. 38,7 P. 82 R. 24

Giorno 5. — Matt. T. 37,8 P. 70 R. 19
Sera T. 38,9 P. 80 R. 22

Ventre leggermente arcuato, sensibili alla pressione i parametrii; lochi siero-sanguigni non fetenti, le ulcerazioni puerperali conservano un aspetto grigiastro ed hanno margini induriti.

Giorno 6. —	Matt.	T. 37,1	P. 70	R. 18
	Sera	T. 38,3	P. 80	R. 28
Giorno 7. —	Matt.	T. 37,2	P. 70	R. 20
	Sera	T. 37,5	P. 72	R. 22
Giorno 8. —	Matt.	T. 37,1	P. 74	R. 18
	Sera	T. 37	P. 74	R. 20

I giorni successivi di puerperio passano regolarmente: ai genitali si continua la solita medicazione fino al 12º giorno, dopo il quale, essendovi nessuna irregolarità dal lato del puerperio, si mandava la paziente nello spedale speciale per la cura opportuna della sifilide e delle sue manifestazioni, già molto modificate nel puerperio.

In quello spedale l'ammalata era sottoposta alla cura mercuriale (frizioni con unguento napoletano doppio) il 14 marzo, e la proseguiva fino al 23, che venne sospesa per stomatite grave. Riprendeva la cura il 20 aprile e la proseguiva fino al 24 giugno, in cui veniva licenziata.

In quel frattempo aveva praticate 35 frizioni con circa 3 grm. ciascuna di unguento. All'uscita presentava impalpabili le ghiandole linfatiche degli inguini, del collo e delle ascelle; stomatite leggera ed anemia.

Osservazione II.

Molino Giulia, contadina, d'anni 19, della statura di m. 1,56, di abito regolare, primipara, entrata in clinica il 4 dicembre 1882, nel nono mese di gravidanza. Ebbe la prima mestruazione a 18 anni, regolari le successive nel periodo di ritorno e della durata di 4 giorni; ebbe l'ultima il 25 aprile 1882, più scarsa dell'ordinario. Sofferse nausee e vomiti nei primi mesi di gravidanza; avvertì i primi moti fetali al principio di settembre. Il 7 dicembre, tre giorni dopo l'accettazione in clinica ebbe un senso di malessere, che si ripeteva il giorno seguente, in cui il termometro

dava 38,4 alla sera. Alla mezzanotte del 9 dicembre si dichiara l'esordio del soprapparto: il feto è vivo e sano in presentazione di vertice, discesa nello scavo, in posizione O. I. S. A; le contrazioni si susseguono valide ed a brevi intervalli. Verso le ore tre antim. dello stesso giorno si rompono spontaneamente le membrane a dilatazione completa del collo, e poco dopo avviene l'espulsione del feto che vagisce subito. Questo ha la lunghezza di ctm. 48, il peso di grm. 2725, e i diametri craniani sono: bip. anat. mm. 87, bip. ost. 85, S. O. B. 93, O. F. 110, O. M. 132. — Dieci minuti dopo l'espulsione del feto si ottiene il secondamento col metodo della spremitura. Gli annessi sono interi, la placenta presenta zone estese di degenerazione grasso-fibrosa: il cordone misura ctm. 46.

Solo dopo il parto, verso le 8 del mattino, l'uno degli assistenti, dietro esame dei genitali, riscontrava alla faccia interna del grande labbro di destra una ulcerazione rotondeggiante, infossata al centro, del diametro di circa 2 ctm. che si elevava di due o tre millim. sopra un fondo duro, bene limitata dai tessuti circostanti; ed osservava che il grande e il piccolo labbro corrispondente, un po' meno quelli di sinistra, erano grossi, edematosi, particolarmente duri e di superficie irregolare. La paziente, donna di campagna e poco accurata delle persona, non sa a quale epoca ascende l'esordio della malattia, che sconosceva pur anche di avere; ricordava però che da parecchi mesi era soggetta a *mali di gola;* e della infezione sifilitica sono testi incontestabili la pleiade inguinale più pronunciata a destra, e l'ingrossamento e l'induramento dei ganglii cervicali.

In seguito al parto ai genitali si osservavano parecchie ulcerazioni, di cui la più estesa alla commettitura posteriore; altre minori intorno all'anello vulvare, e di queste la maggiore sul labbro destro si prolungava all'indentro fino al cercine dello scleroma; piccole lacerazioni all'ostio vaginale.

Puerperio. — Giorno 1. — Matt. T. 37,8 P. 100 R. 20
Sera T. 38,6 P. 100 R. 22

Si somministrano tre grammi di salicilato sodico; si fanno generose irrigazioni vaginali con soluzione di sublimato corrosivo (1 per 1000), ripetute nei giorni susseguenti; e sulle lacerazioni si applica iodoformio in polvere.

Giorno 2. — Matt. T. 37 P. 80 R. 20
Sera T. 38,6 P. 104 R. 22

Ventre piano, trattabile, indolente alla pressione, liberi i parametrii, lochi sanguigni, inodori. Le lacerazioni hanno preso un aspetto grigiastro; si toccano con alcool e si coprono con iodoformio.

Giorno 3. — Matt. T. 37,8 P. 90 R. 30
Sera T. 38,6 P. 100 R. 34

Giorno 4. — Matt. T. 38,1 P. 90 R. 22
Sera T. 39,9 P. 116 R. 32

Verso il mezzogiorno ebbe legger brivido della durata di mezz'ora; cefalea, sete intensa, tensione mammaria, lochi inodori, ventre trattabile, liberi i parametrii. Persistono le ulcerazioni puerperali micotiche ai genitali esterni, nei quali è cresciuto l'edema e la pressione digitale vi lascia l'impronta.

Giorno 5. — Matt. T. 37,4 P. 96 R. 22
Sera T. 39,8 P. 120 R. 30

Si amministrano sei grammi di acido timico: l'edema è in via di risoluzione.

Giorno 6. — Matt. T. 38 P. 96 R. 24
Sera T. 39,5 P. 108 R. 30

Giorno 7. — Matt. T. 39 P. 100 R. 36
Sera T. 38,6 P. 100 R. 30

Un po' di tosse con scarsa espettorazione; ventre trattabile, liberi i parametrii; l'edema dei genitali, sovrapposto all'edema duro, è scomparso: le ulcerazioni puerperali sono in via di risoluzione.

Giorno 8. — Matt. T. 37,8 P. 96 R. 24
Sera T. 40 P. 130 R. 30

Impacco freddo ripetuto; dopo gli impacchi si ha T. 38,4.

Giorno 9. — Matt. T. 38,2 P. 108 R. 29
Sera T. 38,8 P. 110 R. 32

Giorno 10. — Matt. T. 38,4 P. 102 R. 26
Sera T, 40,1 P. 108 R. 36

Bagno freddo: dopo il bagno T. 39.

Le ulcerazioni puerperali hanno ripreso un aspetto grigiastro; si ripete la solita medicazione con tintura di iodio e con iodoformio in polvere.

Giorno 11. — Matt. T. 38,7 P. 84 R. 26
Sera T. 37,5 P. 88 R. 26

Giorno 12. — Matt. T. 38 P. 90 R. 24
Sera T. 38 P. 104 R. 25

Le ulcerazioni puerperali hanno ripreso un aspetto bello.

Nei giorni successivi si ha un leggero rialzo termico con un massimo di 37,7 fino al 17° giorno di puerperio, dopo il quale la temperatura si mantiene al disotto di 37°. Esce dalla clinica in 27ª giornata di puerperio: ai genitali la lacerazione vulvo-perineale non si è completamente saldata, ed ha margini alquanto induriti; persiste l'edema duro alle grandi labbra, e lo scleroma alla faccia interna del grande labbro destro *non più ulcerato, e ricoperto da epitelio neoformato.*

La donna non accetta il consiglio di passare nello spedale speciale per la cura opportuna.

Osservazione III.

B. Teresa, d'anni 22, prostituta, entrava nella clinica ostetrica di Firenze il 10 luglio 1884, gravida per la terza volta e al principio del nono mese.

Nulla di gentilizio e nessuna malattia di rilievo nell'infanzia; mestruata a 12 anni, ebbe sempre regolari le successive mestruazioni; delle due gravidanze precedenti, la prima era decorsa normalmente ed era seguita da parto e puerperio fisiologico; la seconda si era interrotta nei primi mesi per caduta da una scala. Ebbe l'ultima mestruazione il 18 novembre 1883, assai più scarsa

dell'ordinario, e in quel mese stesso, per dolori uterini e per scolo leucorroico abbondante e fetente, e per una malattia del collo uterino, così asserisce la donna, dalla casa di tolleranza, venne inviata al sifilicomio di questa città, dove lo specialista riscontrava una placca fungosa estesa su gran parte del muso di tinca, di natura certamente sifilitica, ma che ad un esame superficiale poteva facilmente scambiarsi per l' apparenza con un epitelioma del collo. La paziente non sa a quale epoca risale l'infezione, nè mai si era accorta di alcun'altra manifestazione. Frattanto le venivano prescritte frequenti irrigazioni vaginali, applicazioni di iodoformio in polvere sul collo uterino, e più tardi era assoggettata alla cura specifica e mista del protoioduro di mercurio e del ioduro di potassio.

Nei primi di maggio pare che all'ostio vaginale e sulla vagina stessa si fossero sviluppati condilomi multipli, che venivano escisi, in numero di trenta all'incirca, colle forbici. Il 14 luglio, quattro giorni dopo la sua entrata in questa clinica, in seguito a piccole contrazioni uterine si rompevano precocemente le membrane, con scolo di poco liquido amniotico.

Esaminata in quel momento si notava: donna di abito regolare, di costituzione buona, alta metri 1.60; l'utero è di forma ovalare, obliquo a destra: la presentazione è cefalica e mobile allo stretto superiore, si sentono a destra le piccole parti, il battito fetale nel quadrante inferiore sinistro frequente e regolare; la vagina è liscia, molto calda, il collo uterino è scomparso, e l' orificio dilatato di circa 1 ctm.; il segmento inferiore dell'utero *è spesso, duro, cartilagineo;* si sente la testa allo stretto superiore; dai genitali scola un po' di liquido amniotico misto a mucosità fetenti; la paziente è in condizioni non buone; ha T. 39,2, P. 100, R. 26, è irrequieta e non ha dormito punto la notte: dai genitali scola liquido amniotico misto a mucosità un po' fetenti, le contrazioni sono poco valide e si susseguono a lunghi intervalli. In tali condizioni passa il giorno 12 e la notte successiva, mantenendosi la T. a 39° circa, fino alle prime ore del mattino, 13, che torna alla norma.

Le contrazioni più frequenti, più energiche, molto sentite del giorno 13, non riescono a vincere la resistenza del segmento inferiore dell' utero, sempre spesso e duro, e a sera avanzata la dilatazione raggiunge appena i due ctm.; la paziente è spossata e ha T. 38,8, P. 100, R. 28.

Alquanto migliori sono le condizioni riscontrate al mattino seguente: la temperatura è di 37,5; l'orificio uterino è dilatato di 4 ctm. ma sempre spesso e resistente; il feto è vivo e sano, e la presentazione discesa nello scavo. Alle ore 9 si pratica una doccia uterina con acqua fenicata tiepida, che si ripete più tardi, verso mezzogiorno; le contrazioni sono energiche e frequenti, e alle 2 la dilatazione è di 6 ctm. La donna è molto sofferente; la temperatura è salita a 39,8, il battito fetale si fa un po' irregolare, per cui si decide di intervenire con un'applicazione di forcipe (Naegele), previa isterostomatotomia bilaterale praticata con forbici curve sul lato. I margini dell'orificio cedono difficilmente all'azione delle forbici, e danno uno stridio speciale, come si avrebbe al taglio di tessuto cartilagineo; l'applicazione del forcipe riesce facile, e l'operatore procede a trazioni energiche e ripetute, ma senza risultato. Si dà un altro colpo di forbici anteriormente sull'orificio che tendeva come un cinghio di cuoio, e si ritorna alle trazioni, finchè l'equatore massimo della testa oltrepassa l'orificio, e facilmente si può terminare l'estrazione. Il bambino è vivo e vagisce subito, pesa grm. 2200 e misura ctm. 47,5; non presenta manifestazioni di sifilide; portava un giro di cordone intorno al collo, e nei tentativi di liberazione il funicolo si ruppe a 12 ctm. dall'inserzione placentale. Il secondamento si fa in modo naturale col metodo della spremitura subito dopo l'estrazione del feto.

All'esplorazione digito-vaginale si trova che le incisioni si sono prolungate d'alquanto durante e pel passaggio del feto, senza però oltrepassare la porzione sotto-vaginale del collo.

Un'ora dopo il parto si ha:

T. 39,2 P. 96 R. 26

e più tardi, verso le otto di sera,

T. 37,2 P. 72 R. 26

In seguito il puerperio passa appena irregolare per lochiazione fetente e leggera ipertermia, che raggiunge il massimo in 5ª giornata con 38°,5; e la paziente usciva dalla clinica in 9ª giornata in condizioni generali relativamente buone.

L'utero arrivava a due dita trasverse sul pube; il collo era rifatto, grosso, molto irregolare per le incisioni praticate, la cui superficie aveva un aspetto grigiastro; colavano dai genitali mucosità purulente e di cattivo odore.

Osservazione IV.

Giovanna D. di anni 20, sarta, di abito regolore, di costituzione buona: mestruata a 16 anni, ebbe regolari le successive mestruazioni, che venivano interrotte da una prima gravidanza, che terminava nel giugno del 1883 con parto regolare di bambina tuttora vivente, e seguito da puerperio morboso per parametrite (?) non grave.

Entrava in questa clinica, il 27 luglio ultimo scorso alle ore 7,30 ant. gravida per la seconda volta, nel settimo mese di gravidanza, e in travaglio di parto dichiaratosi in seguito a rottura precoce e spontanea delle membrane, avvenuta verso il mezzogiorno del 25 luglio.

L'orificio uterino si presentava, al momento della sua entrata, dilatato di circa 3 cent.; era duro, spesso, resistente e teso dalla presentazione, che era di vertice, nella parte alta dello scavo, in posizione O. I. S. A. Il battito fetale si sentiva regolare nel quadrante inferiore sinistro: le contrazioni uterine si susseguivano frequenti ed energiche, ma con poco effetto sul collo che non si prestava alla dilatazione. Fuori della clinica dal medico curante vi si erano fatte ripetute applicazioni di pomata di belladonna, sospettando trattarsi di spasmo del collo, ma con nessun esito.

La paziente è profondamente anemica ed è sifilitica, a sua insaputa; è evidente sul grande labbro di destra la cicatrice dell'ulcera dura; caratteristica la pleiade inguinale; manifesta una roseola sifilitica maculosa in via di decrescenza sopra gran parte del corpo e specialmente sull'addome; e senza dubbio si aveva anche qui, l'*indurazione sclerosa* del collo. Questo constatato, tenuto conto dello stato di abbattimento della donna, in travaglio da più di 46 ore, e del nessun progresso della dilatazione non ostante la persistenza di forti contrazioni; edotti dai casi prima osservati, dopo un po' di aspettazione si decide di intervenire e di liberare la povera paziente. Fatto lo sbrigliamento del collo, prima con bisturi bottonuto, poscia colle forbici curve, si potè applicare il forcipe Denmann e compiere l'estrazione del feto settimestre, vivo, del peso di grm. 1500, e della lunghezza di ctm. 41.

Pochi minuti dopo avveniva il secondamento in modo naturale, favorito col metodo della spremitura. A scopo di studio, colle for-

bici si escidevano due piccoli lembi di collo, che insieme alla placenta si mandavano all'istituto di anatomia patologica per l'opportuno esame, il cui risultato sarà riportato più avanti.

Il puerperio passò regolarmente, e già nei primi giorni di esso si cominciava la cura antisifilitica con pillole di protoioduro di idrargirio; non ostante questo, alla visita di uscita praticata la mattina del 11 agosto, si osservava che alla forchetta la piccola lacerazione aveva preso tutto l'aspetto di ulcerazione specifica, con bordi tagliati a picco e fondo indurito. La vagina non presentava nulla di notevole: il collo uterino era grosso, irregolare, sfrangiato, e coperto da granulazioni piccole e facilmente sanguinanti: dall'orificio escivano mucosità dense bianco-giallastre; il fondo uterino è a livello del margine superiore della sinfisi pubica; l'utero è mobile; nulla ai parametrii.

Osservazione Chiarleoni.

N. N. pettinatrice, di 22 anni, nubile, di statura media (1,54), di temperamento nervoso linfatico a fondo scrofoloso. Giudicata gravida in principio dell'8° mese della sua prima gestazione, viene accolta nell'ospizio milanese il 16 luglio 1873. Mestruata a 17 anni, lo fu in seguito normalmente fino al mese di gennaio 1873, epoca alla quale fa rimontare la gravidanza. Alla visita di accettazione si trova affetta da ulceri sifilitiche agli organi genitali, e dal racconto della paziente l'infezione avrebbe avuto esordio sullo scorcio del maggio 1873. All'esame della località si nota: pudendo esterno lievemente tumefatto; ulcero duro avente sede alla fossetta navicolare, occupandola in totalità; un secondo ulcero duro al davanti e un po' a destra dell'ano.

All'esame digito-vaginale si constata una superficie ulcerosa tutto all'intorno dell'orificio esterno del collo uterino; vagina liscia, molle, cedevole e poco sensibile: sensibilissimo il pudendo esterno, tanto da far tralasciare l'esame collo speculum: adenopatia inguinale doppia, lievemente dolorosa: nel generale nulla di rimarchevole.

La gravidanza era giunta alla fine del 7° mese; il feto si presentava pel vertice in posizione destra. Nessuna cura specifica erasi fatta fino allora, e il Prof. Chiara, nella lusinga che le manifestazioni secondarie della labe sifilitica, dovessero coincidere o precedere di poco il termine fisiologico della gravidanza, si limi-

tava alle cure di nettezza ed all' applicazione locale di unguento di calomel e di oppio, non toccando alla lesione del collo uterino, e questo per non aggiungere altri pericoli di travaglio anticipato. Se non che ai primi di agosto comparivano in scena manifestazioni secondarie imponenti, che consigliavano ad istituire una cura specifica, che venne fatta con pillole di protoioduro di mercurio, con ioduro di potassio (questo per opporsi ai molti fenomeni nervosi provati dalla donna, dolori artroidei, cefalalgia), e con bagni.

Il 21 settembre, nelle prime ore del mattino, si dichiarava il travaglio, e fu allora che il Prof. Chiara diagnosticava una gravidanza gemellare. Sulle grandi labbra esisteva un edema ragguardevole, *e nel grande labbro di destra un infiltramento totale, dovuto certamente ad un essudato neoplastico,* che gli comunicava una durezza tutta particolare, poco o punto cedevole sotto il dito.

Evidentemente (continua il Chiarleoni) si trattava in questo caso di quello stato morboso descritto dal Fournier nel suo trattato *sulla sifilide nella donna,* e che vorrebbe si designasse col nome di *induration scléreuse.* Il collo dell'utero scomparso e dilatato di circa 2 ctm.; il segmento inferiore dell' utero considerevolmente spesso, teso, fragile, di una durezza che ritraeva qualche cosa del tessuto fibro-cartilagineo per circa un centimetro tutto attorno alla bocca uterina, e più specialmente in avanti. Verso le ore 4 pom. dello stesso giorno (21 settembre) veniva somministrato un semicupio, con irrigazione vaginale. La notte passa con rari e deboli dolori; al mattino successivo (22 settembre) le condizioni del collo sono poco cambiate, e viene praticata una doccia ascendente di 30 litri di acqua tiepida, durante la quale si rompono le membrane, con modico scolo di liquido. Nulla di variato nelle condizioni locali alle ore 4 di sera; ma vi ha un legger movimento febbrile, e lo stato generale è alquanto abbattuto. Si pratica una seconda doccia, ma con nessun vantaggio, e verso le ore 8 pom. il Professore si decide a fare scarificazioni multiple sull' orificio uterino, con un bisturi bottonuto ricurvo sul tagliente. Alle scarificazioni tennero dietro quasi immediatamente dolori espulsivi, che però si facevano presto deboli e rari: verso le 9 pom. si somministravano 50 cg. di segala cornuta: alle 10 pom. la testa aveva completato il moto di rotazione e si mostrava all' ostio vaginale, che era resistente, e opponeva un

ostacolo all' azione combinata della forza uterina e di quella dei muscoli addominali, per cui verso le 11 si interveniva e si estraeva, con un' applicazione di forcipe, il primo feto, in stato di asfissia grave, da cui non si potè riavere; e alle 11 e mezza la donna si liberava spontaneamente del secondo feto, vivo, e, come il primo, ottimestre. Ad onta della più solerte cura *il grande labbro di destra,* nel suo terzo inferiore, *si lacerava come se diviso dal tagliente.* Il puerperio fu buono, e le manifestazioni sifilitiche sotto l' infiuenza dell' involuzione puerperale cedettero presto e più di quanto non fosse avvenuto in un mese di cura mercuriale durante la gravidanza.

Osservazioni Martinetti.

I.

N. N. d'anni 23, nubile, servente, alta metri 1,48, ammessa nella sezione delle illegittime di questo ospizio di Firenze il 7 ottobre 1883. Fu mestruata la prima volta a 16 anni, e in seguito le ricorrenze mestruali furono sempre regolari per periodo, durata, quantità e qualità: l' ultima fu il 15 febbraio 1883, più scarsa dell' ordinario. La donna è sifilitica, ed essa riporta l' infezione alla metà circa del settembre, e negli ultimi giorni dello stesso mese avvertiva un'ulcera dura alla forchetta. All' esame di ammissione si trovava di speciale: i genitali esterni di un colore fosco vinoso e alquanto tumefatti; sulla forchetta un' ulcerazione di circa 2 ctm. di diametro, e un' altra più piccola sul grande labbro di destra; alquante ragadi ulcerose intorno al contorno imenale.

Abbondante scolo giallastro, sciolto, fetente dalla vagina. I genitali esterni presentano una durezza non comune, e più la parte destra della sinistra. La vagina è ristretta, le *pareti niente cedevoli,* indolenti e ricoperte da una grande quantità di escrescenze della grandezza media di una veccia, peduncolate. Il grande e il piccolo labbro di destra più duri e più resistenti che a sinistra. Il collo dell'utero durissimo; piccolo, affatto impenetrabile l'orificio. Adenopatia inguinale doppia, indolente: roseola maculosa diffusa su tutto il corpo. La donna sino dal 19 ottobre veniva assoggettata ad una cura specifica: la mattina del 27 entrava in travaglio, con rottura precoce delle membrane susseguita da scolo di buona parte del liquido ammiotico.

Il feto era vivo, in presentazione cefalica, fissa allo stretto superiore, e in posizione O. I. S. A. La vagina non aveva fatto alcun cambiamento, salvo che le ulcere si erano alquanto modificate: il collo scomparso, dilatato di circa 2 ctm., presentava l'orificio con margini grossi, durissimi, resistenti.

Le contrazioni continuavano vigorose, e la sera dello stesso giorno (27) la dilatazione dell'orificio era giunta a 4 ctm. A questo punto si arrestò, e alla esplorazione vaginale si aveva la sensazione come di un rilievo a cingolo attorno l' orificio, che non permetteva dilatazione ulteriore; e si avvertiva il segmento inferiore dell'utero iperplasico, più a destra che a sinistra. Stante le buone condizioni generali della donna, e la regolarità del battito cardiaco fetale, il Prof. Chiara stabiliva di temporeggiare qualche poco ancora prima di intervenire. Così passò il giorno 28, e la mattina del 29, visto che lo stato delle cose non si modificava menomamente, venivano praticate incisioni multiple sul collo, prima colle forbici, e poi col bisturi bottonuto. Dopo di che l'orificio si dilatava fino a circa 6 ctm., ma non più; e frattanto la testa rimaneva sempre allo stretto superiore. Essendovi il permittente per un' applicazione di forcipe, il Professore si decideva a quest'operazione, ricorrendo al forcipe Naegele.

Riuscì facile l' applicazione delle branche e l' articolazione; ma per l'abnorme stato delle parti che il feto doveva attraversare, si incontrarono ostacoli insormontabili all'estrazione, anche mediante vigorose trazioni, per cui si dovettero ripetere generose incisioni all'orificio uterino, e poscia all'orificio vulvare.

Il feto veniva alla luce in istato di leggera asfissia, da cui si riaveva dopo pochi secondi: pesava grm. 2520 e misurava centimetri 46: il puerperio fu alquanto irregolare, ma le manifestazioni sifilitiche cedevano sotto l' influenza della involuzione puerperale: la vagina rimaneva più stretta e raccorciata del normale.

II.

Il giorno 10 dicembre 1883 fu accolta nella sezione delle illegittime di questo stabilimento la N. N. d'anni 17, sarta, di costituzione debole, profondamente anemica. Era gravida per la prima volta, nel principio del 9° mese, con feto vivo, in presentazione di vertice nello scavo, in posizione destra; aveva dolori da contrazioni uterine, che annunciavano l'esordio del travaglio. La vulva

era colorata intensamente in rosso vinoso, e sparse qua e là sulle grandi e sulle piccole labbra si vedevano papule sifilitiche: le pareti vaginali rugose, ma cedevoli; il collo scomparso, il labbro anteriore e posteriore conglutinati e tenuti insieme da una striscia di tessuto epiteliale che si potè rompere col dito: il segmento inferiore duro, di una resistenza cartapecoracea.

Le contrazioni uterine continuavano energiche, ma la dilatazione non procedeva regolare per la resistenza opposta dal segmento inferiore, quando il labbro anteriore spontaneamente e bruscamente si spacca, e concede al resto del travaglio un decorso normale. La donna partoriva la sera dello stesso giorno di ammissione un bambino maschio, apparentemente sano e ben conformato, del peso di grm. 2600 e della lunghezza di ctm. 46.

Il puerperio fu morboso per scarlattina *regolare* sopravvenuta nel suo decorso e seguita da guarigione; e le manifestazioni sifilitiche erano in via di riparazione quando la donna lasciava l'ospizio il 19 dicembre.

Primo a fare cenno dell' edema duro delle grandi e delle piccole labbra, per quanto io mi sappia, fu un allievo di A. Fournier, A. Spillmann (1): nel 1870 il Desyardin in una tesi inaugurale trattava l'argomento col nome di edema scleroso e sifilitico della vulva (2); nel 1873 il Fournier descriveva e battezzava quella lesione col nome di induramento scleroso (3); e nello stesso anno il Prof. Chiarleoni, allora assistente alla scuola di Milano diretta dal Prof. Chiara, pubblicava un caso clinico di distocia per resistenza della bocca uterina, dell'ostio vaginale e del grande labbro di destra da sclerosi sifilitica (4), caso interessante assai, e che mi meraviglio di non vedere citato nei lavori posteriori di Aimé Martin (5) e di G. Oberlin (6); forse perchè la nostra lin-

---

(1) A. Spillmann. *Des syphilides vulvaires.* Paris 1869.

(2) Desyardin. *De l'aedème sclèreuse et syphilitique de la vulve.* Paris, 1870.

(3) A. Fournier. *Leçons sur la syphilis étudie plus particulièrement chez la femme.* Paris, 1873.

(4) Chiarleoni. *Della sifilide in rapporto colla distocia.* Milano, *Annali universali di Medicina*, 1873.

(5) Aimé Martin. *De l'aedème dur des grandes lèvres, simptomatique du chancre infectant et des accidents secondaires de la vulve. Annales de gynecologie*, 15 dicembre 1878.

(6) *De l'aedème dur des grandes et des petites lèvres symptomatique de la syphilis.* Paris, 1878.

gua allora era poco conosciuta dalla scuola parigina, e poco interesse si aveva delle nostre pubblicazioni. Con vera soddisfazione presentemente dobbiamo riconoscere il contrario, come lo provano le ripetute visite ed i lavori di distinti allievi delle scuole francesi, fra i quali non va dimenticato il Prof. Budin di Parigi, ammiratore e giudice spassionato delle cose nostre.

Ricordo, a complemento del breve cenno storico, le osservazioni raccolte dal Dott. Martinetti in questa scuola e riportate sopra in riassunto, ed una simile che constami essersi fatta ultimamente alla clinica di Parma diretta dal Prof. Calderini, dove io stesso vedeva quella forma bellissima nell'anno 1881 (vedi retro).

L'induration scléreuse (scrive il Fournier, loc. cit. pag. 538) s'observe sur toutes les regions de la vulve, surtout aux grandes lèvres qui peuvent être prises isolément ou toutes deux à la fois; elle affecte plus rarement les ninphes.

Nous appellerons ancore, soggiunge Oberlin, *l'attention sur un caractère important*, c'est l'*exacte délimitation de la tumeur aux grandes et petites lèvres.*

Jamais, en effet, on ne voit cette infiltration des tissus dépasser le fond de ces organes; jamais elle ne s'étend ni vers le périnée ni vers les cuisses; toujours elle semble arretée par les plis naturels qu'on trouve dans cette règion (loc. cit. pag. 15).

Ho riportato volontieri questi brani, che mettono in chiaro la questione e mostrano a qual punto si era arrestata l'opportunità dell'osservazione: già il Chiarleoni aveva notata una infiltrazione concomitante sul collo uterino che si presentava « di una spessezza considerevole, teso, fragile, di una durezza che ritraeva qualche cosa del tessuto fibro-cartilagineo per circa un centimetro tutt' attorno alla bocca uterina (in via di dilatazione), e più specialmente in avanti » (loc. cit. pag. 8); ed ora noi possiamo fare un passo più in là, e l'osservazione I sopra riportata, e l'una del Dott. Martinetti mostrano che l'ostio vaginale non stabilisce una barriera insormontabile, e che oltre che alla regione vulvare e al collo uterino l'indurimento scleroso può manifestarsi alla vagina in tutta la sua estensione.

Lascio agli specialisti il determinare se l'indurimento scleroso può stare da sè come forma morbosa primitiva, o no; certo è che nella grandissima maggioranza dei casi deve trovarsi figlio e compagno di altre lesioni sifilitiche ai genitali, primarie o secondarie.

Può presentarsi come complicazione dell' ulcera infettante, e particolarmente nell'esordio del periodo di riparazione dell'ulcera: assai più frequentemente si associa a lesioni secondarie di una certa gravità: mai appare nel periodo terziario della malattia, e la tendenza iperplasica caratteristica dell' induramento scleroso riveste un aspetto anatomo-patologico ben distinto da quello dato dal periodo terziario della sifilide. L'induramento scleroso però può sopravvivere lungo tempo alle manifestazioni secondarie quando esso acquista grandi proporzioni.

Nell'una delle osservazioni raccolte ultimamente nella clinica fiorentina (osservazione III) erasi curato tempo prima una placca fungosa sul collo uterino; nella paziente citata all'osservazione IV doveva portare una data abbastanza recente, e negli altri tre casi da me osservati in donne presso al termine di gravidanza, era compagno della forma di lesione secondaria, che il Prof. Calderini, presso il quale ebbi occasione di vedere il primo, chiamava *scleroma sifilitico ulcerato* (nappe muqueuse di Fournier, loc. cit. pag. 591). È questo un vero tumore che risulta dalla fusione di un numero più o meno grande di papule mucose, che sappiamo tanto frequenti alla regione vulvare: di una estensione proporzionata al numero delle papule, e talora da occupare tutta la faccia interna di un grande labbro: di forma ovalare, i cui margini possono presentarsi costituiti da una serie di segmenti di circonferenza che ne ricordano l'origine: con superficie erosa e aspetto grigiastro più o meno regolare, e secernente un umore siero-purulento di cattivo odore. Siffatto neoplasma si eleva di due o tre millimetri dal livello dei tessuti circostanti: è duro, come cartilagineo a limiti netti anche quando si accompagna all' induramento scleroso delle parti circostanti.

La sua frequenza nelle gravide sifilitiche trova ragione nelle condizioni speciali in cui si trovano gli organi genitali della donna durante la gravidanza, e sopratutto nello stato di loro congestione, causa precipua dell' apparire, e della sua *resistenza* alla terapia, e della tendenza a prendere proporzioni sempreppiù gravi.

Nelle gravide è anche frequente l'edema ordinario dei genitali esterni, ma questo ha uno sviluppo rapido, è accompagnato da dolore e talora da febbre: non si notano manifestazioni sifilitiche concomitanti, e si distingue facilmente dall' edema duro, o induramento scleroso, che si sviluppa lentamente, senza esacerbazioni,

senza dolori e come succedaneo, in generale, a lesioni sifilitiche, e che è costituito da un essudato neoplasico di una durezza che non è la tensione dell'edema, nel quale la compressione digitale lascia l'impronta, nè quella dell'ingorgo che accompagna i processi infiammatori « c'est la dureté du sclérème, en un mot, car je ne saurais trouver de comparaison meilleure pour vous la definir » Fournier, loc. cit. pag. 538.

Le grandi labbra si mostrano di colore rosso livido un po' più vivo verso l'interno; sono ingrossate, e possono raggiungere le dimensioni di un quarto d'arancio, e più; di superficie rugosa e irregolare per solcature che le percorrono trasversalmente ed obliquamente, in corrispondenza delle quali si formano facilmente delle ulcerazioni specifiche occasionate dagli sfregamenti cui vanno soggette pel fatto del camminare, e dalla irritazione data dallo scolo vaginale. Quando è affetto un labbro solo, forma un tumore che si sovrappone all'altro labbro, e chiude la vulva.

Anche le piccole labbra possono raggiungere dimensioni considerevoli e farsi procidenti attraverso la vulva: con superficie irregolare, come pure la vagina, che all'esplorazione, nel caso sopra narrato (osservaz. I), dava l'impressione di durezza, di rigidità, e di friabilità speciale che doveva preoccupare per gli effetti che vi poteva determinare il passaggio del feto nel parto.

L'anatomia patologica non ha ancora pronunciata l'ultima parola sulla natura intima della malattia in questione, e manca un'autopsia ed un'osservazione microscopica completa: sin'ora l'esame fu limitato a piccoli pezzi di tessuto presi dal vivo; e trattandosi di malattia a decorso cronico, esso dovrebbe essere ripetuto nei diversi stadi della malattia e minutamente in tutti i punti compromessi. Per cui nessuna meraviglia per le diverse ipotesi emesse dai diversi autori, di cui gli uni attribuiscono l'induramento scleroso dei genitali esterni a linfangiti plastiche (1) sottocutanee o sottomucose, a linfangiti reticolari: gli altri ad ipertrofia con ipergenesi del tessuto connettivo e degli elementi costitutivi del derma (2).

Riporto letteralmente il risultato dell'esame istologico dei frammenti di collo uterino escisi dalla paziente citata all'osservazione IV, e del cordone ombelicale e placenta relativa; esame che

---

(1) Fournier, pag. 530.
(2) Oberlin.

venne praticato dall'Egregio Dottore Giovanni Banti nel gabinetto di anatomia patologica di questo istituto di studi superiori.

« In nessuna parte dei frammenti uterini è stato dato riconoscere elementi glandulari. Scarsissime appariscono le fibro-cellule muscolari che si trovano qua e là sparse sotto forma di piccoli fasci. Il frammento uterino è costituito quasi interamente da un tessuto fibroso denso e compatto, infiltrato da mediocre quantità di cellule linfoidi. All'intorno dei vasi però queste cellule appariscono assai più numerose, infiltrano le pareti vasali formando degli accumuli irregolari.

» Esaminando la placenta col relativo cordone ombelicale si vede come i vasi ombelicali siano completamente trombizzati e questa trombosi si estende nella placenta fin dove è possibile ad occhio nudo seguire le diramazioni vasali. Il tessuto della placenta è di colorito roseo-giallastro; è molle, facilmente lacerabile, quasi disgregato.

» Esaminando al microscopio sezioni trasverse del cordone ombelicale si trova che il tessuto mucoso e il connettivo molle e delicato, che normalmente lo costituiscono, sono quasi completamente sostituiti da un connettivo più denso e fibroso. La vena e le arterie ombelicali sono occluse da un trombo sanguigno, di colore giallo-rossastro; e i globuli rossi non sono in generale più riconoscibili, ma sono disfatti in un detritus granuloso. Le pareti dei vasi sono molto grosse. La tunica esterna sviluppatissima è densa, fibrosa, infiltrata da elementi linfoidi. L'intima è pure molto ingrossata: è composta da sottili filamenti connettivali, tra i quali si trovano numerose cellule rotonde, della grossezza dei leucociti, ed elementi assai più voluminosi, di forma abbastanza irregolare ma in generale affusati, provvisti di grosso nucleo.

» Non si è ancora potuto eseguire l'esame istologico della placenta non avendo questa acquistato un conveniente indurimento ».

Abbiamo detto, riportando l'osservazione I, che lo stato particolare dei genitali era tale da preoccupare seriamente per gli effetti del parto, e la previsione doveva avere pur troppo la conferma.

La lunga durata del soprapparto, la poca speranza che le forze naturali sarebbero bastate per vincere la resistenza del collo uterino, e un principio di sofferenza della donna consigliarono ad intervenire con un'applicazione di forcipe.

Dunque dei sette casi sopra riportati, cinque esigevano appli-

cazione di forcipe, quattro lo sbrigliamento del collo, ed uno lo sbrigliamento della vulva.

Nella narrazione abbiamo seguito l'andamento e l'esito degli atti operativi, e notate le lesioni riportate ai genitali: dopo quell'esposizione alquanto particolareggiata si potrà approssimativamente dare la giusta parte e al forcipe, e all'induramento scleroso nella produzione di dette lacerazioni. L'osservazione quotidiana ci mostra che nel parto, sopratutto in quello artificiale per applicazione di forcipe, sono frequenti le piccole lacerazioni e le fessure all'intorno della vulva, sui bordi laterali, nella regione vestibolare; che è quasi costante nelle primipare la lacerazione della commettitura posteriore, che spesso interessa più o meno il perineo sulla linea mediana, eccezionalmente ai lati, all'infuori del rafe mediano.

Nelle applicazioni di forcipe, massime di quello ad aste di trazione, si ha in generale un piccolo lembo triangolare, ad apice libero, rivolto verso la commettitura posteriore ed aderente in alto per la base. Tra le comuni si hanno pure le lacerazioni laterali dell'imene, che in avanti si estendono talvolta tanto da interessare le piccole e le grandi labbra, e indietro, la parte inferiore della vagina.

I fornici vaginali, e più il posteriore, per la loro poca resistenza e per la vicinanza al collo uterino, pel quale devesi passare negli atti operativi, si trovano facilmente esposti a pericoli, che l'operatore abile saprà evitare e che non si hanno nel parto naturale; e il Budin, nel lavoro clinico diretto a siffatte ricerche (1) non una osservazione ha potuto raccogliere di rottura spontanea al fondo del canale vaginale. « La distension, egli dice, qu'eprouve ce canal, le tiraillement qu'il subit dans les cas ou la partie foetale qui se présente ne peut s'engager, enfin la compression qui a pu être exercée sur certains points de ses parois ne doivent être considérés que comme des causes prédisposantes. Elles favorisent la rupture au moment au l'accoucheur intervien, voilà ce qui nous paraît le plus probable ».

Frequenti sono invece le lacerazioni nella porzione sottovaginale del collo uterino anche nei parti naturali, prodotte dalla testa per distensione esagerata che vi esercita durante il suo passaggio.

---

(1) Budin. *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artifisiels.* Parigi, 1878, pag. 49.

Ho voluto ricordare quanto succede ordinariamente nel parto naturale, e in quello aiutato col forcipe, per mettere in evidenza che la natura e la località delle lacerazioni avute nella donna di cui si parla nell'osservazione I, erano speciali, e si avvicinano per varie ragioni a quelle che si hanno nelle degenerazioni cancerose degli organi genitali.

Abbiamo veduto infatti che la lacerazione maggiore vulvo-perineale non era sulla linea mediana, ma dal lato corrispondente allo scleroma: molto irregolari e frastagliati i margini delle lacerazioni vaginali; abbastanza estesa e singolare la lacerazione trasversale nel fornice posteriore, dovuta probabilmente alle trazioni praticate col forcipe per vincere la resistenza della vagina e della vulva, quando la testa fetale era già uscita dall' utero; trazioni che dovevano trasmettersi al punto di inserzione della vagina coll' utero, la quale per le condizioni morbose cedeva facilmente.

Non meno singolari e rimarchevoli furono le lacerazioni prodottesi negli altri casi sopra riportati.

Cinque volte su sette il puerperio decorreva irregolarmente, e una volta per scarlattina; in entrambe le donne ricoverate nella clinica torinese, le lacerazioni vulvo-perineali assumevano un aspetto particolare e si trasformavano in ulceri specifiche, che più tardi venivano riconfermate dalla scuola di sifilografia, alla quale erasi inviata l' una delle donne per la cura conveniente. Già durante il mio assistentato nella clinica di Parma, diretta dal Prof. Calderini, aveva avuto l' opportunità di osservare e di rendere pubblico un fatto di questo genere, in donna operata in condizioni difficili. Essa aveva poi un puerperio regolarissimo e in quell'occasione scrivevo: « Non è il primo fatto che attirò la mia attenzione di donne sifilitiche, che anche in seguito alle più alte operazioni ostetriche sono state rispettate da infezione puerperale, e non è la prima volta che mi domando se la sifilide non esercita un' azione ripulsiva o neutralizzante pel contagio puerperale. Ora mi limito a ricordare la questione, chè se così fosse bisognerebbe concedere in tale caso che non tutto il male viene per nuocere ». L' osservazione I, assai più della seconda, dove il rialzo termico avuto nel puerperio poteva essere messo a carico di cause reumatizzanti, e l'osservazione I del Dr. Martinetti tendono a risolvere la questione allora esposta, e proverebbero che, se lo stato particolare di infiltrazione iperplasica dei genitali per le

dette manifestazioni specifiche, può rendere meno facile l'assorbimento, esso però non è reso impossibile, e che pur troppo l'infezione sifilitica non esclude necessariamente l'infezione puerperale. La trasformazione che può avvenire delle lacerazioni vulvoperineali consecutive al parto in ulceri specifiche, pur aumentando il numero delle manifestazioni, non aggrava però il prognostico loro, che sappiamo tanto favorevole nel puerperio. Esse cedono e guariscono con rapidità straordinaria in questo stato, e ciò viene in appoggio della conclusione sopra riportata, che realmente la resistenza di dette manifestazioni durante la gravidanza sia legata a questo stato medesimo.

Cura. — Lo scleroma sifilitico e l'induramento scleroso come tutte le manifestazioni secondarie della labe sifilitica reclamano una cura specifica e pronta, nè qui voglio discutere la sua opportunità nel decorso della gravidanza, questione oramai risolta. Se anzi teniamo conto dell'influenza reciproca della sifilide e della gravidanza, saremo consigliati ad una terapia più pronta, più scrupolosa, più attiva, in tali condizioni; nè sarà poco se così si potrà arrestare il corso delle lesioni materiali.

La cura si divide in generale ed in locale. Nella prima il rimedio più attivo è il mercurio, che non agisce solo contro le manifestazioni sifilitiche, ma ne combatte e distrugge la causa stessa, ed esercita un'influenza curativa generale sulla diatesi. I metodi principali di somministrazione del mercurio sono tre: due per le vie esterne, cioè il metodo delle frizioni e delle iniezioni sottocutanee o intramuscolari; il terzo per la via dello stomaco.

Il più antico ed anche il più sicuro, più pronto e più energico è quello delle frizioni coll'unguento napoletano doppio, frizioni che possono essere ripetute quotidianamente oppure intercalatamente a seconda dei casi. Di tutti i metodi questo è quello che espone più facilmente alla stomatite specifica, che in generale compare anche bruscamente, subito grave e meno domabile dalla cura. Sappiamo del resto che la tolleranza è diversa nei diversi individui, ed è sempre bene cominciare le frizioni con piccole dosi di pomata mercuriale allo scopo di provarne la suscettibilità nei varii casi; all'occorrenza intercalarne l'uso col riposo di uno o due giorni dopo ciascuna frizione, oppure a tre o quattro frizioni quotidiane far seguire il riposo di due o tre giorni; raccomandare l'uso del clorato di potassa per gargarismi ed internamente, ed osservare la più scrupolosa nettezza della bocca. La

natura e lo scopo di questo lavoro non mi permette di entrare nei particolari di questo, e dei metodi delle iniezioni sottocutanee e intramuscolari, e della ingestione per la via dello stomaco: mi basterà l'avervi accennato, rimandando per questo ai trattati speciali, e ai libri di terapia e di materia medica.

Sebbene la cura locale venga in seconda linea, pure non vuole esser trascurata. L'Oberlin (1) nell'edema delle grandi e delle piccole labbra loda l'uso delle cauterizzazioni lineari col nitrato acido di mercurio, che sono, egli dice, poco o niente dolorose e non danno luogo che rarissimamente ad accidenti di avvelenamento. Si cauterizza un labbro solo per volta, e lo si copre poi di cotone per impedire il contatto col vicino: la cauterizzazione si ripete ogni due giorni. Risultati buoni si possono ottenere anche dalle cauterizzazioni con una soluzione a parti uguali di nitrato d'argento, e toccando subito dopo con un bastoncello di zinco metallico o con una soluzione di cloruro di zinco la superficie cauterizzata. Quando la lesione è in via di riparazione tornano utili le pennellazioni con tintura alcoolica di iodio.

Solo uno dei casi sopracitati fu soggetto a cura speciale in gravidanza: negli altri, stante la prossimità del parto, la cura locale non erasi potuto praticare: nel puerperio oltrecchè alle irrigazioni vaginali ripetute con una soluzione di sublimato corrosivo all'uno per mille, in qualche caso si ricorse all'acido fenico puro, alla tintura di iodio ed al iodoformio in polvere: in uno, e propriamente nell'ultimo osservato, si cominciò subito dopo il parto la cura interna col protoioduro di mercurio: in tutti si ebbe molto profitto.

Lo stato puerperale del resto deve avervi contribuito non poco; e, come sappiamo, se lungo la gravidanza le manifestazioni sifilitiche ai genitali sono tenaci, e spesso resistono ai trattamenti più energici, nel puerperio rientrano nelle condizioni ordinarie e si fanno anzi più benigne e più facilmente curabili, almeno per un certo tempo.

---

(1) Oberlin., loc. cit.

APPENDICE.

Rara manifestazione sifilitica sul collo uterino.

Recentemente usciva dalla clinica di questo istituto (sezione ginecologica) una donna guarita di una lesione sifilitica molto rara sul collo uterino, di una manifestazione secondaria a forma iperplasica ulcerata, la quale per un po' di tempo ha lasciato il dubbio nel clinico riguardo alla sua natura. In appendice alla sopra riportata nota clinica parmi opportuno ed interessante il riferirne brevemente la storia.

Eugenia G., di anni 22, prostituta, entrava in clinica il 27 marzo u. s. Non ha sofferto malattie di rilievo nell'infanzia; mestruata a 14 anni, ebbe regolari le successive mestruazioni fino al novembre 1883, interrotte soltanto per tre gravidanze regolari, seguite da parto e puerperio pure regolari, di cui l'ultimo un anno e mezzo prima di entrare in codesta clinica

Ripetutamente contrasse ulceri veneree, blenorragie, con suppurazione delle ghiandole inguinali: è sifilitica e non sa a quando ascende l'esordio dell'infezione

Nel gennaio scorso ebbe ileotifo piuttosto grave; l'ammalata narra che già prima di quell'epoca aveva avvertito dolori alla regione ipogastrica e agli inguini, ed era soggetta a menorragie e a metrorragie, non gravi però, tanto che non si curò di cambiare genere di vita, quantunque presa da apparente e sensibile deperimento. Ma dopo l'ileotifo tutti quei sintomi si accentuavano, ed era costretta a ricoverare in questo istituto, dove veniva inviata come affetta da cancro del collo uterino.

Alla prima visita risulta essere l'addome di conformazione normale; alla palpazione si desta dolore nelle regioni iliache ed ipogastrica, dolore che ad intervalli compare spontaneamente, come anche alla regione lombo-sacrale: nulla di notevole alla percussione. Ai genitali esterni, sul grande labbro di destra si nota una cicatrice non recente di ulcera; la vagina è liscia, liberi i fornici vaginali: il collo uterino è grosso, assai duro, asimmetricamente tumefatto e bernocoluto: all'esame collo speculum si vede deformato, massime nel labbro posteriore, che è ulcerato, di aspetto grigiastro e facilmente sanguinante.

L' esame macroscopico di questo tessuto alterato mostra che è formato di sostanza molle, simile a quella di un epitelioma, striato però longitudinalmente e percorso da numerosi vasi sanguigni. Alla spremitura non escono filamenti bianchi. L'esame microscopico rivela l' esistenza di numerose cellule epiteliali cilindriche, dovute alla disepitelizzazione della superficie del tumore; vi ha tessuto epiteliale integro; nessuna cellula cancerosa.

Orbene, tolta l'infiammazione, sappiamo che le sole malattie che possono produrre ulcerazione del collo sono la sifilide e il cancro; e sappiamo inoltre esistere in qualche caso una relazione intima fra il cancro e la sifilide; ciascuna delle due diatesi influenzandosi reciprocamente dare luogo a manifestazioni ibride, e l'associazione loro costituire uno stato misto, un'ibridità patologica bene definita (Ozenne. *Del cancro nei sifilitici*, tesi di Parigi, 1884).

Nel caso nostro, di quale forma morbosa si trattava? Dall' esame ripetutamente fatto non si poteva ricavare una risposta precisa e sicura, e vari dati mettevano in dubbio la diagnosi *di cancro* prima enunciata; per cui il Prof. Chiara innanzi di procedere a qualunque atto operativo credette opportuno di sottoporre la paziente a cura specifica a scopo diagnostico. Si ricorse alle iniezioni di calomelano fatte alla natica ed al deltoide, alla dose di tre cg. ciascuna, e si ebbe grande vantaggio, chè la ulcerazione del collo cominciò tosto a ripararsi, a diminuire l' indurimento, tanto che dopo la cura continuata per un mese (dopo le poche iniezioni intramuscolari suddette) con ioduro di potassio, guariva completamente, e il 28 maggio u. s. la donna usciva dalla clinica in buone condizioni.

L'effetto della terapia giustificava l' esitazione del Prof. Chiara nell'accettare la diagnosi prima, e mostrava un' altra volta che possono trovarsi anche sul collo uterino manifestazioni sifilitiche ulcerose, benchè debbano essere rare in questa località, e, per dir vero, non molto conosciute.

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Roma

diretto dal Prof. E. Cav. **Pasquali**

CASISTICA OSTETRICO-MEDICA

Ematocele retrouterino, morte. — Stenosi della mitrale in gravida, morte.

AUTOSSIE E CONSIDERAZIONI CLINICHE RIFERITE

dal **Dr. A. BOMPIANI** (1)

Marconi Faustina di 36 anni, di Roma, sigaraia, maritata, entrò nella sala di Clinica ginecologica il 17 maggio u. d.

Nubile ebbe sempre completo benessere e mestruazioni a 16 anni, regolari per tipo e quantità. Maritata a 21 anni ebbe una gravidanza, parto e puerperio normale; di tanto in tanto era tormentata da dolori in corrispondenza specialmente della f. il. d.; le mestruazioni per altro si mantenevano a ricorrenza regolare e senza molestia. Dopo 7 anni rimase vedova e durante tre anni di vedovanza non ebbe troppo a lamentarsi del suo stato di salute. Trascorsa questa epoca, cioè 5 anni or sono, passò a seconde nozze. Divenne incinta; la gravidanza non aumentò di molto le sofferenze al basso ventre. Il parto si effettuò fisiologicamente a termine. Nel puerperio si svolse una parametrite e peritonite pelvica molto grave da produrre profonda lesione all'ar-

(1) I due pezzi anatomici furono presentati alla R. Accademia Medica di Roma nella seduta ordinaria del 13 luglio 1884.

ticolazione coxo-femorale destra, che ne rimase anchilosata. La malattia durò per circa un anno e mezzo. Seguì un anno di discreto benessere, quando la donna fu per la terza volta incinta. La gravidanza, il parto ed il puerperio decorsero normalmente; il parto si effettuò nel marzo 1883, cioè 14 mesi or sono. Seguì allattamento per 10 mesi.

Al 5º mese rivide i mestrui, ripetuti in seguito senza disturbi fino a due mesi fa. Vi fu poi amenorrea per un mese, durante il quale la donna non ebbe alcun segno da farle sospettare una gravidanza. Alla fine del decorso aprile nell' epoca abitualmente mestruale fu presa di intenso dolore nel basso ventre, dolore che sebbene meno intenso preesisteva da circa due settimane. Al forte dolore dell'addome si aggiunse qualche febbre, sviluppo di un tumore nel basso ventre, vomito ostinato, capogiro e generale prostrazione di forze. Intanto cominciò qualche piccola perdita di sangue dai genitali ed agrumi. Chiamato un medico questi le ordinò mignattazione al basso ventre, cataplasmi caldo umidi, bagni caldi, pomate: nessun giovamento. Il volume del ventre andò sempre aumentando unitamente alle sofferenze e da quattro giorni v'ha ritenzione di fecce e d'urine. — Accolta nella nostra Clinica al letto N. 2 mostra: alla ispezione colore giallo-cereo della cute. Tessuto adiposo sottocutaneo abbondante. Il volto allibito mostra l'occhio vacillante entro le occhiaia incavate, i solchi nasogenieni stirati, appiattite le pinne del naso, le mucose palpebrali e dei prolabii pallidissime. Sul petto si nota una vasta cicatrice nella metà sup. int. della mammella destra, i moti inspiratori sono lenti e profondi. Il ventre è tumido in modo assimmetrico prevalentemente nella metà sinistra e quadrante inf.; la cicatrice ombelicale è molto depressa. Nel quadrante inf. d. si trovano due cicatrici retratte, una a metà tra l' ombelico e l'arco di Poupart e l'altra a metà dell'arcata suddetta. L' aspetto assimetrico della posizione della sinfisi pubica è relativo alla anchilosi della coscia destra in adduzione forzata. La palpazione limita una tumescenza durissima, tesa, poco elastica, di figura bilobata in alto che occupa tutto l' ingresso pelvico le due fosse iliache metà interna della destra e tutta la sinistra, oltre la quale il tumore si estende al fianco ed ipocondrio omonimi e la regione ombelicale intiera. Questo tumore è arrotondato con massimo di convessità a curva anteriore nella metà inf. sin. dell' addome, mentre nella sua metà superiore ugualmente molto convessa si

scosta così delle pareti addominali che la escursione delle anse intestinali vi è visibile ed è tale da nascondere alla palpazione leggiera la resistenza dell'esteso tumore; in dette escursioni sotto i movimenti respiratorii non si avvertono sfregamenti al tatto. I detti rapporti non cambiano con il cambiare della posizione da supina in quelle laterali.

La percussione limita l'area di ottusità assoluta a quattro dita al disotto dei limiti dati dalla palpazione.

Misure		*superf.*	*spessezza*
Circonferenze a livello dell' ombelico.	mm.	910	—
» alla massima sporgenza	»	960	—
Verticali: dalla sinf. pub. all' ombelico	»	170	—
» » » al limite superiore del tumore . . .	»	220	160
» » » alla cartil. ensiforme.	»	360	—
» dall'em. il-pett. sin al margine superiore	»	220	—
» dall'emin. il-pett. d. al margine superiore	»	160	—
Simmetriche			
Dal pube al mezzo del margine sup. destro	»	210	150
» al mezzo del margine sup. sinistro	»	240	170
Dall' ombelico alla spina il. ant.-sup. destra.	»	160	—
» alla spina il. ant.-sup. sinistra	»	210	—
» a metà dell' arc. Poupart destra	»	150	—
» a metà dell'arc. Poupart sinistra.	»	190	—
Massimo diametro trasverso del tumore	»	340	210

L'*ascoltazione* non lascia udire rumori di sfregamento nei moti respiratori. Rumore di gorgoglio intestinale, trasmissione di un doppio battito isocrono ai battiti cardiaci.

Per vagina. — Dietro la sinfisi pubica a metà dell'altezza si tocca il collo dell'utero, molle, corto, largo, schiacciato da dietro in avanti con orificio esterno ampio da penetrarvi l'apice del dito fino a due ctm. di profondità. Lo sfondato anteriore è scomparso e la volta vaginale anteriore si continua con il labbro anteriore senza ripiegarsi in basso, il labbro posteriore senza quasi solco di demarcazione si perde in un grosso tumore elastico molle che riempie tutto lo scavo pelvico, lo sfondato destro è molto abbassato, denso e resistente, il sinistro si continua a mezza sfera con il posteriore del quale partecipa alla consistenza elastica.

Per *esame combinato* addomino-vaginale non si palpa il corpo dell'utero al disopra del pube: non v'ha trasmissione di elasticità nè di fluttuazione.

Il *sondamento* rigido è impossibile, il catetere elastico penetra per 85 mm.

Per il retto si sente lo scavo pelvico ripieno di un tumore dai caratteri già segnalati nell'esame vaginale.

Il Professore presentando il caso alla scolaresca fece diagnosi di *ematocele pelvico*, *retrouterino intraperitoneale.*

Fu immediatamente applicato il ghiaccio sul ventre e si somministrò alcool in frequenti e piccole dosi: nei sette giorni in cui visse entro la sala ebbe vomito di materie fecoloidi, dolori nel basso ventre che si è mantenuto chiuso fino al 4° giorno in cui si è fatto un enteroclisma saponato, dopo di che ha avuto scariche. La temperatura ha oscillato fra 38° e 38°,5, il P. intorno a 130, il R. da 30 a 40. Non ha mai avuto alcun scolo dai genitali. A 11 pom. del 24 maggio è morta.

Autopsia eseguita il 25 maggio alle 11 ant. Cadavere di sesso femminile. Nutrizione generale buona. Leggero infiltramento edematoso delle estremità inferiori. Cute pallidissima cerea. L'arto inferiore destro raccorciato, semiflesso, addotto. Cicatrice in corrispondenza della regione trocanterica e sopra-inguinale destra in prossimità della spina iliaca ant.-sup. Altra cicatrice a forma raggiata nella regione mammaria destra, metà superiore. Ventre uniformemente teso con sporgenza della regione ipogastrica prevalentemente a sinistra.

Aperta la cavità addominale con un taglio mediano e due laterali lungo il bordo delle coste si vede il peritoneo parietale di un colore grigio nerastro diffuso, colore che si riscontra del pari

nel peritoneo viscerale del pacco delle tenui. Le intestina crasse e la porzione superiore del digiuno fortemente meteoriche. Aderenze facilmente sormontabili fra il peritoneo viscerale e parietale delle anse dei tenui. Tolto lo stomaco e tutto il pacco delle intestina, in basso sono aderenti al margine superiore convesso di una grossa intumescenza che arriva all' altezza della cresta degli ilei. La S iliaca del colon circonda in alto ed è completamente aderente in modo da non potersi distaccare dalla grande intumescenza.

Distaccando con difficoltà il tumore della parete anteriore del ventre i due foglietti peritoneali sono fortemente adesi fra loro: la vescica schiacciata in basso e lateralmente corrisponde pressochè alla piastra cotiloidea destra. Tolto in massa, scollando completamente il peritoneo, tolto il grosso tumore unitamente agli organi genitali ed all' ultima porzione del crasso aderente, come già si è detto, in alto alla ciste, si procede all' apertura della vescica che contiene scarsa quantità di orina torbida fioccosa. L'utero completamente schiacciato contro la faccia interna del pube e la parete addominale anteriore ha una posizione obliqua rispetto al tumore ed al bacino: cioè con il corpo si trova situato verso il lato destro della cisti e correspettivamente nella linea d'ingresso, al disopra della piastra cotiloidea e con il collo diretto a sinistra verso la branca discendente del pube. Aperto il canale vaginale la vagina non presenta le consuete pieghe ma è completamente distesa. Il collo di figura circolare con un'apertura che permette l'introduzione dell'indice, ha la porzione sottovaginale della lunghezza di appena 6-9 mm. Il canale cervicale è lungo 32 mm., la cavità del corpo misura 45 mm.

La mucosa pallida non tomentosa nè iperplasica; la parete anteriore misura nel massimo di spessezza 7 mm.

All' estremo superiore del corno sinistro il tessuto uterino si espande su tutta la parete anteriore della grossa cisti verso sinistra. La tromba ne circonda ed abbraccia il polo superiore e con la sua espansione si getta posteriormente.

Allontanando della convessità superiore della cisti l'S iliaca del colon aderente si trova fra esse ed il tumore un' abbondante quantità di sangue aggrumato. Tolto il quale si penetra nello interno della grande saccoccia, la quale vuotata dei grumi si vede costituita dal sacco peritoneale, in basso ed indietro costituente tutto lo spazio del Douglas disteso, in alto da una mem-

brana di neoformazione che si stende dal fondo dell' utero al margine inferiore del grande omento. Seguendo il decorso della tromba sinistra si trova che la medesima nel padiglione è enormemente ectasica della grandezza di un piccolo arancio e contiene fra le sue pareti un grosso grumo, più duro, resistente, stratificato e contenente nel centro una fibrina di un colorito grigio giallastro. Il tumore ha una figura cordiforme con un apice arrotondato rivolto in basso. I massimi diametri sono il verticale 25 cent., il trasverso 20 cent., l'antero-posteriore 13 centimetri.

Nel caso testè esposto il principio, il rapido decorso, gli effetti istantanei della malattia sulla inferma e tutti i caratteri fisici concorrevano a dare spiccatissimo un quadro tipico di ematocele intraperitoneale. La storia anamnestica farebbe credere ad un modo di formazione come era voluto da Schroeder e Wirchow, ma sebbene la storia parli di pelvi-peritonite, 5 anni or sono di questa non si trovano tracce in antiche membrane fra le quali siasi versato il sangue; mentrechè si vede l'enorme raccolta incistata in una capsula un po' resistente in basso ma fragilissima in alto, dove si sono dovuti fare scollamenti fra i due foglietti peritoneali, staccare porzione di omento che per le forti aderenze ha lasciato sul fondo del tumore zolle di grasso, e quasi lacerare due anse intestinali e per la forte adesione presa e per il rammollimento da queste subìto. Ciò che fa credere più probabile in questo caso la spiegazione data dal Nelaton che la raccolta prima rapidamente formata libera si sia poi incapsulata più tardi con le parti che le sbarravano il passaggio a maggiore estensione. A conferma della quale idea sta il fatto di avere trovato qua e là oltre i limiti del tumore macchie nerastre del peritoneo e punti circostanti vivamente iniettati nelle anse intestinali.

Il contenuto era completamente sanguigno ed il sospetto che io ebbi per qualche giorno che l'ematocele fosse conseguenza di rottura di un sacco di ovo fecondato e rimasto fuori dell'utero (per l'amenorrea preceduta di due mesi), svanì completamente dopo minuto esame del contenuto e della mucosa uterina pallidissima e dura che parve così normale. L'emorragia pare cominciasse tuttavia nell'ovaio sinistro di cui non si vede più traccia e si allogasse nel padiglione della tromba corrispondente che avea raggiunto il volume di un piccolo arancio. Lo spostamento della vescica e dell'utero erano caratteristici e, come si vede dal

pezzo che presento, l'utero ha cambiato anche della sua forma; non è di fatto aumentato di volume ma è stirato in alto ed in fuori ai due corni in basso della vagina all'orificio esterno ed è schiacciato così da mostrare notevole sottigliezza delle pareti relativamente alla estensione presa. Il retto si vede ugualmente schiacciato. Il *trattamento*, come ho narrato, è stato l'*aspettante* e mi pare che questo caso dimostri la necessità di doversi attenere a questo metodo. In tale enorme raccolta che aveva già anemizzato ad alto grado la inferma, il vuotare subito avrebbe con tutta probabilità favorita la perdita quasi immediata di altrettanta o maggiore quantità di sangue dall'apertura vasale primitiva non ancora solidamente trombizzata, il vuotare poco più tardi non avrebbe dato esito a liquido o a poco siero soltanto con nessun sollievo della inferma ed esponendola ai gravi pericoli della setticemia. Poichè tale è l'epoca in cui le decomposizioni rapide del sangue appena coagulato si assorbe per mille vie tutte aperte. All'incontro tardivamente e molto, quando una forte irritazione peritoneale avrà circondato il tumore di salda capsula e i grumi avranno all'interno stabilito spessi e duri strati di fibrina allora insorgendo fenomeni che accennino o a suppurazione o a decomposizioni putride, sarà lecito fare lunga apertura vaginale e una semplice punzione e trattare la superficie interna del cavo neoformato con lavande abbondanti antisettiche e con caustici.

Gravidanza al 6° mese — Lesione composta dell'orificio mitrale con prevalente stenosi: dilatazione e ipertrofia del cuore destro. — Idrotorace, idropericardio — idrope ascite — edema polmonale, sottoaracnoideo e cerebrale. — Fegato e reni cardiaci. — Causa della morte. Edema acuto cerebrale.

G. T. N. 34, 1884, di 36 anni, ebbe un aborto, un parto a termine e due prematuri spontanei, fu accolta il 13 giugno in Maternità in XXV settimana allo scopo di interrompere la gravidanza artificialmente per un vizio cardiaco avanzatissimo. Essa presentava le mucose dei prolabii sempre cianotiche, come pure i pomelli, il naso e le mani; edema alle estremità inferiori ed ai genitali esterni; leggiera quantità di albume nelle urine; cardia-

palmo e respirazione ortopnoica; le notti trascorrevano insonni. Polso frequente ed irregolare, pupilla dilatata. L' area cardiaca è ingrandita con spostamento in fuori ed in alto della punta del cuore. L'ascoltazione alla punta dà un soffio prolungato ma non aspro al primo tempo breve pausa e secondo tono sdoppiato e soffiante. Già da parecchi anni soffriva da questa infermità e durante quelli la donna ha avuto i due parti prematuri. Infuso di digitale non reca miglioramento. Il 15 giugno si cominciano a fare irrigazioni vaginali, quattro quotidiane, l'alta temperatura e l'azione meccanica delle doccie provoca dolori ed alle 9 pom. il collo è appianato con due ctm. di dilatazione. La quale continuata tutta la notte arrivò a 6 ctm. nel mattino del dì seguente con la testa nella metà dello scavo. Ad ovviare sforzi ulteriori da parte della donna applicai un piccolo forcipe con il quale estrassi un feto vivo cianotico di 900 gr. e 35 ctm. — La donna non secondando e perdendo discreta quantità di sangue feci il distacco e l'estrazione artificiale della placenta: appena estratta la quale la puerpera ha avuto alcuni convellimenti tonici agli arti, lieve opistotono in una forzata espirazione a gote gonfie, tutto il collo e le mani in estrema cianosi: dopo cinque minuti è morta.

Autossia. — Leggiero anasarca — Edema considerevole delle estremità inferiori e delle grandi labbra — Colorazione cianotica intensa delle estremità ungueali degli arti superiori, edema palpebrale.

Cranio di forma regolare, dura madre uniformemente tesa: gravissimo edema sottoaracnoideo. Cervello alquanto diminuito di consistenza, sostanza bianca pallidissima, pallida anche la grigia, grave edema, abbondante liquido citrino trasparente nei ventricoli laterali nel 3º e nel 4º; grossi gangli cerebrali pallidi. — Cervelletto, bulbo, ponte in condizioni normali.

Cavo addominale, edematosi i muscoli. Notevole idrope-ascite, intestina poco meteoriche, rosee. — Utero incudiforme a quattro dita trasverse al disopra del pube in posizione mediana, margine tagliente del fegato, in corrispondenza della linea iliaca.

Cavità toracica. — Area cardiaca completamente scoperta. I polmoni non si accasciano alla pressione atmosferica. Idrotorace bilaterale considerevole, prevalente a destra. Apice cardiaco al 7° spazio intercostale, notevolissimo idropericardio. Il cuore conserva normale la figura, completamente adagiato sul diaframma,

in posizione diagonale così da guardare con la punta al di fuori della papilla mammaria e da corrispondere al diaframma con il margine del ventricolo destro. *Una grossa placca tendinea sulla faccia esterna del ventricolo destro ed altra a forma di clava rilevata in corrispondenza della pulmonale con numerose piccole emorragie soprastanti.*

Nel congiungimento anatomico delle due grandi arterie, in corrispondenza del decorso del nervo di Cyon una grossa placca tendinea dura. Aperto il cuore in posto, il ventricolo destro si trova ripieno di grumi cruorosi che si prolungano nell'*arteria polmonale;* il destro ventricolo è fortemente dilatato ed ipertrofico e misura nella sua parete anteriore un ctm. Grave dilatazione dell'orecchietta destra e dello infundibolo della polmonale che in corrispondenza dello infundibulo delle valvole, misura 77 mm. Orecchietta sinistra dilatata. Nell'orificio auricolo-ventricolare sinistro s' immette difficilmente la punta del dito indice. La *valvola mitrale è dura, retratta, opacata ed i tendini dei muscoli papillari anteriori e posteriori completamente fusi fra loro*, facente corpo con le valvole e completamente scomparsi nei muscoli papillari posteriori, tanto che il velo grande della mitrale si trova a contatto con l'apice del muscolo papillare. Ventricolo sinistro atrofico.

Polmone sinistro aumentato di volume, peso e consistenza', colorito ardesiaco, superficie di taglio liscia, alla pressione dà liquido spumoso, aereato (edema polmonale). Sulla superficie esterna si nota una dilatazione dei vasi perilobulari che in alcuni punti raggiungono un calibro veramente considerevole, 1 mm.

Fegato aumentato di volume e consistenza, ricchissimo di sangue. Al taglio i lobuli sono ben distinti, enormemente dilatata la vena centrale dei lobuli, aumentato il connettivo interstiziale.

Milza aumentata di volume, capsula sclerotica, parenchima duro.

Reni di volume normale, consistenza aumentata, capsula facilmente distaccabile, superficie liscia, mantenuta la proporzione fra la sostanza corticale e la piramidale. Le piramidi spiccano sulla sostanza corticale per un colorito violaceo, grossi infarti urici all'apice delle piramidi.

Utero mollissimo, misura dal fondo all' orificio esterno 16 ctm., alla inserzione delle trombe, trasversalmente 11 ctm., alla medietà sotto i legamenti rotondi 10 ctm. Il collo di forma circolare edematoso, colore ardesiaco, presenta piccole lacerazioni che

non interessano tutta la spessezza della mucosa: il canale cervicale misura 37 mm.; la inserzione placentare è fatta tutta nella parete anteriore a destra e con il margine inferiore dista 55 mm. dall'orificio interno. Nella cavità uterina si rinvengono scarsi grumi crurosi e piccoli brani di decidua: nel margine inferiore della inserzione placentare si nota un tessuto duro grigiastro a piccoli nodi, sporgente dalla superficie della mucosa e che fa notevole contrasto con la mollezza del tessuto muscolare. Nell'ovaja destra si contiene il corpo luteo della gravidanza nel centro del quale si vede un nucleo di tessuto connettivo, di colore biancastro splendente. A sinistra l'ovaia ha perduto la sua forma ovoidale, si presenta bernoccoluto, duro, opaco, con tre piccoli fibromi, uno dei quali grandi come lenticchia.

L'interesse di questo caso sta nello esame del pezzo patologico; grave stenosi mitrale e le placche tendinee di pericardite periarterite antica specialmente nel congiungimento anatomico dei due grossi vasi alla loro uscita: questo fatto grave per la innervazione cardiaca, quello gravissimo per i disturbi idraulici, le impossibili compensazioni e conseguenti fenomeni polmonali. Clinicamente considerato il caso è dei più gravi che si registrino, poichè gli studi di Casanova, Macdonald e Porak dimostrarono con quadri statistici che il costringimento mitrale ha una gravezza del tutto eccezionale e infatti Porak dà 9 morte sopra 13 casi e che l'aggravio della lesione ad ogni gravidanza e proporzionatamente al numero delle gravidanze, è frequentissimo.

Luglio 1884.

Caso di endometrite granulosa — Anemia grave per metrorragie — Cura locale — Citrato di ferro per iniezioni ipodermiche come ricostituente — Guarigione.

La sera del dì 27 maggio u. s. veniva portata nella Clinica Ginecologica di Firenze, Faustina Ermini di anni 46, contadina, maritata. Bastava vederla per giudicare che la donna versava in condizioni gravissime. Pallida, di un colore bianco cereo, labbra e mucose visibili sbiancate quasi dello stesso colore della pelle, si reggeva a mala pena e per pochi momenti a sedere sul letto, essendo tosto obbligata ad abbandonare la testa ed il corpo sul letto stesso. Dai genitali fluiva sangue piuttosto denso, nerastro, che pareva misto a scolo catarrale e che non aveva nessuno colore speciale, ed in quantità da bagnarne un panno ogni 4 ore circa. Si lamentava di forti dolori intrapelvici e alla regione lombo-sacrale; dolori che pigliavano solo di tratto in tratto, dando luogo quindi ad un senso di penosa stanchezza. Raccontava che la prima mestruazione l'ebbe all'età di quasi 16 anni, e si stabilì con forti dolori all'ipogastrio: quindi per un anno non rivide sangue, senza però provare alcun disturbo; in seguito la funzione catameniale si rifece normale, e così si mantenne sino a questi ultimi tempi. All'età di 24 anni prese marito e rimase incinta 8 volte nello spazio di 14 anni, giacchè l'ultima gravidanza risale ad 8 anni fa. Ebbe 7 parti normali, di feti a termine bene conformati, 1 parto abortivo, e fu l'ultimo, a 6 mesi di gravidanza, senza che vi fosse causa apprezzabile dell'aborto.

I congressi venerei seguitarono sempre, e assai di frequente essendo il marito uomo forte e robusto talvolta anzi il coito riuscivale doloroso. Da circa quattro anni fra l'una e l'altra mestruazione, la donna cominciò ad avvertire uno scolo leucorroico, filante, limpido, inodoro in tutto somigliante all'albume dell'uovo: di poi questi caratteri si modificarono alquanto facendosi più

sciolto, di un colore bianco giallastro, talvolta d'ingrato odore, ed abbondante molto, specialmente nelle stagioni calde. Anche le mestruazioni in questi 4 anni si fecero più abbondanti. Del resto ella si adattò a quelle sofferenze, perchè fu dal medico assicurata che non era affetta da seria malattia, e che quei disturbi sarebbero cessati spontaneamente. Così seguitarono le cose sino al principio del gennaio ultimo decorso. In quest'epoca senza aver dato alcuna occasione speciale (così almeno crede la donna) ebbe per due giorni imponenti metrorragie, non accompagnate da nessun dolore. Il sangue fluiva sciolto, rosso, senza cattivo odore, e la quantità fu tale che la donna fu presa da frequenti deliquii, diventò fredda, cianotica. Le fu applicato un grosso tampone imbevuto di una soluzione astringente, e borse di ghiaccio sul ventre. Nei giorni successivi il sangue venne in molto minore quantità tinto in nero, e meno scorrevole. Dopo 6 giorni vi fu altra grave metrorragia, il sangue era eguale a quello nelle prime osservato; quindi si rifece nerastro e meno sciolto. E così la perdita del sangue si fece continua, alternandosi a vicenda metrorragie, e uno stillicidio sanguigno. La donna veniva curata con emostatici portati mediante tamponi in vagina, con applicazioni fredde e con generose dosi di vino e di cognac.

Nei primi giorni del maggio la Ermini fu colta ad intervalli da atroci dolori all'ipogastrio, che si diffusero alla regione lombo-sacrale; ogni qualvolta che i dolori l'assalivano era presa da senso di nausea, quindi da vomito. Nel sangue che perdeva cominciò ad avvertire qualche grumo, e dice di avervi altresì riscontrato del pus: l'odore si fece fetido, nauseabondo. Allarmata da queste condizioni, credendo imminente una fine, e questo per quasi continui deliquii, poco soddisfatta delle cure del suo medico, cercò ricovero nella Clinica Ginecologica, dove, come dicemmo entrò la sera del 27 maggio.

Il giorno appresso esaminata si trovò il ventre generalmente tumefatto e generalmente addolorabile, nella zona uterina si risvegliava con la palpazione dolore, intenso ed acuto. I genitali esterni apparivano bene conformati, bagnati da sangue, come sopra dicemmo. Col riscontro digitale si trovò vagina normale di pluripara, i fornici liberi ben conformati, l'utero in posizione normale, mobile, dolente, ingrossato nel senso trasversale molto più che nel longitudinale, duro. L'orificio esterno beante così da innicchiarci l'apice del dito indice, frastagliato qua e là da irre-

golarità dovute a vecchie cicatrici, la mucosa del canale cervicale si sentiva ricoperta da granulazioni. L'esame con lo speculum non fece che confermare ciò che si era rilevato col riscontro; di più si vide il collo di un colore vinoso intenso l'orificio occupato da coaguli di sangue; tolti i quali apparirono molte fitte granulazioni, della grandezza media di un chicco di miglio, e che essendo ripulite col cotone davano facilmente sangue. L'esame con la sonda che era sommamente facile per essere la cavità cervico-uterina largamente permeabile, dette la lunghezza di mm. 72. Fu posta la diagnosi di endometrite fungosa.

Dopo questa prima visita e precisamente la mattina del 29, la donna ci avvertì che cominciava a perdere nuovamente sangue e subito fu colta da deliquio. Fasciata allora una sonda d'alluminio per medicature con cotone imbevuto in una soluzione d'acido cronico, si introdusse ripetutamente nella cavità uterina, previamente lavata. Il giorno dipoi la perdita del sangue, sebbene in quantità molto minore esisteva tutt'ora. Per frenarla fu fatto con sette piccoli tamponi di cotone idrofilo un tampone a corona, ed imbevutili nella soluzione normale di percloruro di ferro, essendo la cavità uterina largamente aperta, fu con quello fatto il riempimento della cavità stessa. Questo tampone fu lasciato in sito per 5 ore. Il giorno 31 maggio, non essendo interamente cessato il sangue si ripetè il tamponamento. Inutile il dire che la donna si teneva nella quiete più assoluta.

Si dette quindi mano ad una cura ricostituente, ma per l'esaurimento tale era l'irritabilità dello stomaco che non poteva sopportare alcun preparato ferruginoso, che dovesse essere ingerito. Solo la donna tollerava nei primi giorni il latte in quantità però alquanto scarsa. Il Prof. Chiara ordinò che le si facessero delle iniezioni ipodermiche o meglio endomuscolari nella regione glutea di citrato di ferro; dettando la formula:

Citrato di ferro	Grm. 2
Acqua coobata di lauro ceraso	» 20

Di queste ne fu fatta una il 1° giugno, una il 2, una il 3, due il 4. Nel giorno 5 senza nessuna causa apprezzabile alle ore 9 pomeridiane la donna fu presa da brivido piuttosto intenso della durata di 20 minuti; quindi la T. salì a 38,5°. Sino al dì 13 la T. oscillò 38,4° e 39,2°, solo con un giorno d'apiressia, il giorno 8.

In questi giorni furono sospese le iniezioni citrato. Il giorno 14 la donna fu apirettica, il 15 alle ore 8 ant. ebbe 38°, quindi la temperatura si ristabilì normale. Per questo il 17 giugno si ripresero le iniezioni e ciascun giorno ne veniva fatta una di 10 centigrammi di citrato di ferro. La donna si vedeva migliorare a vista. I suoi moti andavano man mano facendosi meno fiacchi; poteva star seduta sul letto senza andar soggetta a deliquii, le mucose e la pelle riacquistavano un po' di colore; lo stomaco cominciò a funzionare regolarmente, nè ebbe più vomiti.

Delle iniezioni ne furono fatte 26. Nel giorno 29 giugno, in cui fu fatta la 18ª iniezione fu permesso alla donna di abbandonare per un'ora il letto, e mettersi su di una poltrona. A questo punto, è vero, nacque un piccolo inconveniente. Fu incaricato lo studente, cui era stato dato a studiare il caso, di fare le iniezioni citrato di ferro. Queste non avevano subito dopo fatte più lasciato traccia di sè. Alla 22ª iniezione la donna si lagnò di un po' di dolore alla natica destra, e appunto quivi poco cautamente furono fatte altre 4 iniezioni; dimodochè vi si sentì un indurimento della grossezza d'un uovo di tacchina, e minacciò un flemmone. Questo pericolo fu scongiurato con l'applicazione del ghiaccio *loco dolenti,* ed in due giorni la donna era completamente ristabilita. Il resultato della cura fu ottimo; le perdite di sangue erano affatto cessate, lo stato generale notevolmente migliorato; cosicchè verso la metà del luglio si vedeva la donna in grado di aiutare le inservienti nel disbrigo delle faccende. Per questo la donna fu licenziata, e partì dall'ospizio il 28 di luglio.

Alla visita fatta avanti che la donna partisse, si trovò l'orificio uterino esterno notevolmente ristretto e tornato quasi normale, nè più contornato da granulazioni come antecedentemente. L'utero non era più dolente, nè vi era traccia di perdita sanguigna e leucorroica.

Ho voluto narrare questo caso perchè credo che le iniezioni endomuscolari di citrato di ferro, abbiano potentemente contribuito alla pronta guarigione della nostra malata; e lo stesso effetto sto osservando attualmente nel nostro ospizio, in una donna anemica affetta pur essa da endometrite granulosa, di cui forse riferirò altra volta.

Antonio Martinetti.
Medico-Assistente nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze.

Istituto Ostetrico della R. Università di Torino

annesso all'Ospizio della Maternità

MOVIMENTO CLINICO

dell'anno scolastico 1883-84

(dal dì 21 ottobre 1883 alli 25 luglio 1884 = giorni 278)

L'Istituto è diviso in due sezioni, la seconda e la terza. Quella è destinata all'istruzione pratica degli studenti in medicina; questa all'istruzione delle allieve levatrici. La sezione prima dal mese di gennaio 1877, in cui venne restituito al Professore dell'Università lo insegnamento dell'ostetricia minore, che gli era stato tolto in sullo scorcio dell'anno 1863 per affidarlo ad altro insegnante, venne chiusa alla istruzione e non fa parte dell'Istituto ostetrico; e così nella Maternità di Torino si incontra il solo esempio, per quanto si cerchi in Italia e fuori, il quale si è di vedere in un ospizio esistente in una città sede di Università, un comparto di gestanti gratuite sottratto intieramente alla istruzione pratica.

Sezione II

per gli studenti in medicina.

Letti	N.	48	
Gestanti ammesse	»	272	
Parti naturali	»	184	238
Aborti spontanei	»	8	
Parti artificiali	»	46	
Morti	»	10	

BREVI NOTIZIE

sui fatti più importanti e sugli atti operativi coi risultati ottenuti.

Albuminuria.

I. N. 27 — Nov. 26 (1). — IIpara — Albuminuria — Eclampsia (vedi il N. 2) — le orine contengono ancora un po' di albumina nel 10° giorno del puerperio.

II. N. 44. — Dic. 12. — VIIpara — Albuminuria 12 giorni prima del parto, che continuava ancora nel secondo giorno del puerperio — Parto di un feto macerato — Esce guarita li 22 dicembre.

III. N. 73. — Gennaio 24. — Ipara entrata li 21 nov. — statura cm. 143, peso kg. 55. — Sin dal principio del dicembre fenomeni di uremia, che andarono crescendo e si fecero gravi — Albuminuria leggera e passaggera — Parto prematuro artificiale (v. n. V). — Esce in buone condizioni li 13 febbraio.

IV. N. 105. — Febbraio 24. — Ipara — Albuminuria, anasarca, ascite, uremia — aborto provocato (vedi n. II). Esce guarita li 6 marzo.

V. N. 113. — Marzo 4. — IIpara — Insufficienza della mitrale — Albuminuria, oligoemia — Parto normale — pr. V — Feto m., peso gr. 3125, lunghezza cm. 47 — Puerperio morboso per leggera endocardite — Esce in discrete condizioni li 26 marzo.

VI. N. 122. — Marzo 10. — IIpara — Albuminuria leggera — Parto normale — Feto f., peso gr. 2720. Lunghezza cm. 50 — Pleurite non puerperale con versamento durante il puerperio. — Passa li 16 marzo alla Clinica propedeutica, ove qualche tempo dopo muore di meningite tubercolare.

VII. N. 146 — Aprile 4. — IIIpara — Albuminuria, anasarca, ascite, uremia. — Eclampsia, aborto provocato (vedi Eclampsia N. IV. Aborto provocato N. III). Lasciò l'Istituto li 24 aprile. Le orine erano ancora notevolmente albuminose, normali per la quantità; emaciata sempre la donna.

---

(1) La data è quella del parto, che serve pure di base per l'ordine progressivo generale annuale.

VIII. N. 214. — Giugno 27. — Vpara — Entrata li 19 maggio. Albuminuria, anasarca, uremia, partorisce un feto macerato del peso di gr. 2000 — L'albuminuria e gli edemi si dissiparono nel puerperio. — Esce guarita li 6 luglio.

Eclampsia.

I. N. 10 — Ott. 28. — Ipara — Parto spontaneo e rapido di un feto morto macerato del peso di gr. 1750, della lunghezza di cm. 37 — Due accessi di eclampsia, uno nel principio del periodo espulsivo, l'altro 4 ore dopo il parto. Puerperio normale. Esce guarita li 7 nov.

II. N. 27. — Nov. 26. — IIpara — Parto normale per il vertice di un feto m. del peso di gr. 2350, della lunghezza di cm. 45, vivente. — Albuminuria (v. n. I), uremia, un accesso di eclampsia nel soprapparto. — Esce guarita li 8 dic.

III. N. 29. — Nov. 26. — IIpara. — Anuria; Eclampsia prima del travaglio; questo si dichiara sotto le convulsioni — Presentazione podalica — Morente la donna, come estrema risorsa si attua il parto forzato (v. Estrazione manuale, N. I) — Estratto un feto morto f. del peso di gr. 1900, della lunghezza di cm. 42 — Ancora un accesso di eclampsia dopo il parto, che in tutto furono 13. Morte cinque ore dopo il parto (V. Specchio delle morti, N. II).

IV. N. 146. — Aprile 4. — IIIpara — Uremia — Accesso di eclampsia prima del travaglio — Aborto provocato — Feto peso gr. 930, lunghezza cm. 38. — Si dissipano i fenomeni uremici, persiste l'albuminuria (v. Albuminuria, N. VII — v. Aborto provocato, N. III).

V. Entrata li 21 aprile in piena evoluzione di uremia — Ipara, gravida di mesi quattro, essendo morta senza essersi sgravata manca per essa il numero annuale progressivo. La forma della eclampsia è diversa dalla tipica. La malata emette grida acutissime; si alza dal letto, si piega dal lato destro come nel tetano pleurostono, e cade in coma. Gli accessi presero pure talvolta la forma del tetano opistotono; anuria quasi completa. Si estrassero soltanto cm. 20^3 di orina col catetere, che non era albuminosa. Muore alle ore 7 e mezza pom. 30 ore circa dopo l'ingresso (vedi Specchio delle morti n. VIII).

Metrorragia.

I. N. 33. — Nov. 30. — Ipara — Placenta previa; metrorragia grande fuori dell'Istituto. Appena entrata la emorragia cessò. — Dilatatore del *Barnes* per accelerare il parto essendo insorta la febbre — Parto spontaneo, presentazione vertice. — Feto f. ottimestre macerato — Endometrite settica leggera — Morte nell'8° giorno del puerperio per enterite follicolare (v. Processi puerperali, N. II — v. Specchio delle morti, N. IV).

II. N. 170. — Maggio 3. — IIpara — Nausee e vomito nel primo mese, poi epigastralgia ad accessi, oligouria. Dolori lombari, uremia. Li 2 maggio a mezzodì epigastralgia forte, brividi, sudore profuso, vomito, metrorragia grande da placenta previa; alle ore 10 pom. entra nell'Istituto in istato di collasso minaccioso, quasi morente, polso alle radiali impercettibile. Tamponamento; dopo frenata l'emorragia si rianimò alquanto. Alle ore 4 pom. del dì seguente si toglie il tampone tinto di sangue inodoro affatto, tosto dopo avviene la espulsione di un feto macerato del peso di gr. 1000, della lunghezza di cm. 36. — Febbre moderata nel puerperio — Anuria sempre; muore comatosa nel 4° giorno del puerperio (vedi Specchio delle morti, N. IX).

III. N. 198. — Giugno 5. — Ipara, statura cm. 138, kg. peso 54. Entrata in soprapparto e febbricitante. — T. 38°,6 — 39°,7. — Messa in un bagno la T. scese a 37°,7. — Parto normale alle ore 9 pom., pres. vertice, pos. O. I. D. A. Durata del soprapparto nel 1° periodo 30', nel 2° periodo 0',55", nel 3° periodo 0',10" — Secondamento normale colla spremitura — Feto m. peso gr. 2910, lunghezza cm. 47. — Tre ore dopo viene trasportata sul letto del puerperio, utero bene contratto, e data, come di regola generale, la segale cornuta. Al tocco dopo la mezzanotte la infermiera di guardia la trova alzata da letto, che perdeva sangue. — Dopo qualche ritardo fece chiamare la persona dell'arte. L'emorragia venne presto vinta. Si rianimò, pareva fuori di pericolo quando bruscamente cadde in collasso e morì alle ore 9 ant. (v. Specchio delle morti, N. X).

IV. N. 200 — Giugno 7. — Vpara — Metrorragia da placenta previa laterale; aborto spontaneo. — Feto f., peso gr. 2270, lunghezza cm. 35. Esce guarita li 19 giugno.

Interruzione artificiale della gravidanza.

a) *Aborto provocato.*

I. N. 68. — Gennaio 11. — Ipara — Bacino rachitico totalmente ed irregolarmente ristretto, scoliotico, peso della donna kg. 24. E per la grave viziatura pelvica e per i temuti effetti meccanici della gravidanza in quell'organismo così deforme e condannato al riposo assoluto, perchè paraplegica fin dall'infanzia, si provoca l'aborto con una sonda piena nell'utero — Feto m. peso gr. 845, lunghezza cm. 33 — Esce ristabilita li 26 gennaio.

II. N. 105. — Febbraio 24. — Ipara — Statura cm. 114, peso kg. 38 — Deviazioni rachitiche della colonna vertebrale e delle estremità inferiori; bacino rachitico pseudo-osteomalacico C. V. mm. 58-60 — Uremia grave — Edemi crescenti a vista d'occhio — Ascite. Provocazione dell'aborto — Doccia vagino-uterina, un cilindro di tupelo, per ultimo una sonda piena nell'utero — Feto f., peso gr. 880, lunghezza cm. 36. — I fenomeni uremici, i versamenti e le infiltrazioni sierose si dissipano dopo lo svuotamento dell'utero. — Esce in buone condizioni li 6 marzo.

III. N. 146. — Aprile 4. — IIIpara — Albuminuria, oligouria, ascite, uremia, un accesso di eclampsia (v. N. IV), aborto provocato col metodo del *Krause.* — Feto f., peso gr. 930, lungh. cm. 38. Dopo l'aborto si dissiparono i fenomeni uremici. — Esce guarita li 24 aprile.

b) *Parto prematuro dall' arte provocato.*

I. N. 18. — Nov. 4. — IIIpara — Tubercolosi polmonare e laringea all'ultimo periodo. Parto prematuro artificiale col metodo del *Krause* con lo scopo di prevenire atti operativi sulla morente o dopo morte. — Feto vivo f., peso gr. 2100, lungh. cm. 47. Morte della donna per l'affezione tubercolare nel 25° giorno del puerperio (v. Specchio delle morti, N. III).

II. N. 57. — Dic. 28. — IVpara — Bacino rachitico generalmente ed irregolarmente ristretto con appiattimento ed introflessione dei cotili. — C. V. 85. — Parto provocato col metodo del *Krause* — Feto f. asfittico non riavutosi — peso gr. 2400, lunghezza cm. 44. — Puerperio normale.

III. N. 70. — Genn. 16. — Ipara — Statura cm. 139; peso kg. 59 — Bacino generalmente ristretto ed appiattito. C. D. 96. C. V. 80 — Gravidanza in principio del 9º mese — Sonda piena nell'utero — Feto sano f., peso gr. 2880, lungh. cm. 52. — Puerperio normale.

IV. N. 71. — Genn. 21. — IVpara — Statura cm. 141, peso kg. 53. — Bacino rachitico totalmente e irregolarmente ristretto, C. D. 83. — Gravidanza fine del 7º mese — Sonda piena nell'utero. Feto morto nell'estrazione, presentazione podalica completa (vedi Estrazione manuale, N. III). Feto f., peso gr. 1600, lungh. cm. 45 — Puerperio normale.

V. N. 73. — Genn. 24. — Ipara — Uremia grave — Sonda piena nella cavità dell'utero — Feto sano m., peso gr. 2570, lunghezza cm. 46 — Si ristabilisce con lentezza e difficoltà; normale il puerperio. Esce in buone condizioni li 13 febbraio.

VI. N. 93. — Febbraio 14. — VIpara — Osteomalacia — Dolori pelvici tormentosi d'assai sebbene tenesse continuamente il letto. — C. D. 105. — Parto prematuro col metodo del *Krause*. Feto f., peso gr. 3120, lunghezza cm. 48 — Passa alla Clinica medica generale li 9 marzo non ancora in stato da potersi reggere sulle estremità inferiori.

VII. N. 149. — Aprile 6. — Ipara — Asistolia — Anasarca — Sonda piena nell'utero — Estrazione del feto col forcipe (vedi Forcipe nello scavo N. VII). F. sana, peso gr. 2400. — La donna soccombe li 21 aprile alla affezione cardio-polmonare (v. Processi puerperali N. VIII. V. Specchio delle morti, N. VII).

VIII. N. 153. — Aprile 9. — VIIIpara — Già stata operata di embriotomia cefalica nell'Istituto — Osteomalacia in attività — Diametro bis-ischiatico mm. 70. — Parto prematuro provocato col metodo del *Krause*. — Collo dell'utero assai resistente. Dilatatore del *Barnes*. Presentazione V, procidenza del funicolo ombellicale. Rivolgimento (v. il N. IV). Feto f.. peso gr. 1375, lungh. cm. 39. Endometrite settica leggera (v. Processo puerperale, N. IX). Esce in buone condizioni li 25 aprile.

IX. N. 158. — Aprile 16. — IIIpara — Osteomalacia — Appena alterata la forma del bacino ma insonni le notti per i dolori ossei. Si accelera il parto con una sonda piena nell'utero — Parto spontaneo — Feto f. sano, peso gr. 3200, lungh. cm. 49. — Puerperio normale.

X. N. 334. — Luglio 17. — Ipara — Rachitismo — Statura 1,29, peso 47 kg. Bacino generalmente ristretto ed appiattito. Provocazione del parto col metodo *Krause* — Feto vivente m. sano, peso 1870, lungh. cm. 44. Puerperio normale.

Riposizione del funicolo ombelicale procedente.

I. N. 193. — Maggio 28. — Ipara — Bacino normale — Gravidanza gemellare — 1° feto presentazione podalica, pos. S. I. S. A. 2° feto pres. V., pos. O. I. S. A., procidente il funicolo del primo feto. Riposizione col processo dell' *Hubert* — 1° feto m. morto peso gr. 2010, lungh. cm. 43 — 2° feto peso gr. 2600, lunghezza cm. 45. — Puerperio normale.

Estrazione manuale.

I. N. 29. — Nov. 26. — Ipara — Eclampsia (v. il N. III). — Feto in presentazione podalica, pos. S. I. S. A. — Dilatazione del collo dell'utero con un sacchetto del *Barnes*. Morente la donna quale ultima risorsa si fa, previo lo sbrigliamento molteplice del collo dell'utero, la estrazione manuale podalica, che fu un vero parto forzato — Feto di sesso f. asfittico non riavutosi; — peso gr. 1900, lunghezza cm. 42. — La donna muore poche ore dopo il parto (v. Specchio delle morti, N. II).

II. N. 37. — Dic. 3. — VIpara — Statura 146, peso kg. 63 ½. Bacino generalmente ed irregolarmente ristretto — C. D. 97 — C. V. 88. — Pr. podalica pos. S. I. S. A. — Applicazione del forcipe *Simpson*, che lascia la presa. Insufficiente l'uncino ottuso applicato sull' inguine s' abbassa colla mano un arto inferiore e si fa la estrazione manuale. — Feto m. riavutosi, peso gr. 4400 lung. cm. 53. — Puerperio normale.

III. N. 71. — Genn. 21. — IVpara — Statura cm. 141, peso kg. 53. Bacino rachitico totalmente ed irregolarmente ristretto. C. D. 83. Parto prematuro artificiale alla fine del 7° mese (v. il N. IV). — Presentazione podalica completa, pos. S. I. D. — Estrazione manuale — Feto f. morto nell'estrazione, peso gr. 1600, lunghezza cm. 45. — Puerperio regolare.

Rivolgimento.

In questo sunto statistico non si tiene conto dei rivolgimenti fatti con maneggi esterni.

I. N. 16. — Nov. 2. — IIpara — Statura 154 cm., peso kg. 58 ½. Bacino piatto rachitico. — C. D. 107 — C. V. 90 — Pres. della spalla sinistra, pos. C. I. S. — Rivolgimento — Feto m. del peso di gr. 2170 e della lunghezza di cm. 51 asfittico non riavutosi. Puerperio regolare.

II. N. 39. — Dic. 7. — Vpara — Statura cm. 159, peso kg. 63.— Bacino piatto — C. D. 105 — C. V. 85 — Insufficienza della mitrale — Presentazione della faccia, pos. M. I. S. T. — Rivolgimento per la distocia pelvica — Feto m. morto macerato. Peso 3150 gr., lungh. cm. 50. — Puerperio irregolare per catarro intestinale con diarrea. — Esce guarita nel 26° giorno del puerperio.

III. N. 147. — Aprile 5. — IIIpara — Present. spalla destra, posizione C. I. D.— Rivolgimento — Feto f., peso gr. 2400, lungh. cm. 47, sano — Puerperio normale.

IV. N. 153. Aprile 9. — VIIIpara — Bacino osteomalacico — Parto prematuro artificiale (v. il N. VIII). Procidenza del funicolo ombelicale — Rivolgimento — Feto f. morto nell' estrazione — peso gr. 1375, cm. 39 — Endometrite settica nel puerperio (vedi Processi puerperali settici, N. IX). Esce guarita li 25 aprile.

V. N. 165. — Aprile 26. — IIIpara — Statura 145 cm. — Bacino piatto — C. D. 108 — C. V. 90 — Presentazione spalla sinistra, pos. C. I. D. — Rivolgimento — Feto f. sano, peso gr. 3450, lunghezza cm. 51 — Puerperio normale.

Forcipe allo stretto inferiore.

I. N. 116. — Marzo 6. — Ipara — Statura cm. 151 — Peso kg. 55. Bacino piatto — C. E. 18 — Pr. V. — Pos. O. I. S. A. — Occipite già rotato al pube — Inerzia dell' utero — Piccolo forcipe inglese — Feto m. sano — Peso gr. 3550, lungh. cm. 49 — Puerperio normale.

II. N. 212. — Giugno 19. — Ipara — Bacino normale — Pr. V., Pos. O. I. S. A. — Resistenza del piano perineale — Forcipe

piccolo inglese — Feto m. sano, peso gr. 2850, lungh. cm. 49 — Puerperio normale

Forcipe nello scavo.

I. N. 35. — Dic. 2. — IVpara — Statura cm. 150, peso kg. 60 — Diametri pelvici normali — Altezza della sinfisi pubica cm. 6, pres. V., pos. O. I. S. A. — Inerzia dell'utero; battito cardiaco irregolare — Forcipe nello scavo — Feto m. sano, peso gr. 3050, lunghezza cm. 49 — Puerperio normale.

II. N. 38. — Dicembre 6. — Ipara — Bacino normale, pres. V., pos. O. I. D. P. — Inerzia dell' utero — Forcipe *Simpson* nello scavo — Feto m. sano, peso gr. 3870, lungh. cm. 10 — Puerperio fisiologico.

III. N. 63 — Genn. 4. — Ipara — Statura cm. 50 1[2, peso kg. 60 — Bacino rachitico generalmente e irregolarmente ristretto — C. D. 95 — Pr. V., pos. O. I. S. A. — Battito cardiaco irregolare — Forcipe *Simpson* sulla testa non ancora completamente discesa nello scavo — Feto f. sano, peso gr. 3150, lung. cm. 49 — Lacerazione del perineo di 2° grado — Perineorafia (N. I). — Puerperio normale.

IV. N. 77. — Genn. 28. — Ipara — Bacino normale, pres. V., posizione O. I. D. P. Testa nello scavo in pos. O. T. — Segni di sofferenze nel feto — Forcipe piccolo inglese — Feto m. sano, peso gr. 3300, lungh. cm. 47 — Puerperio normale.

V. N. 110. — Marzo 3. — IIpara — Statura 150, peso kg. 49 — Affetta da tisi polmonare — Bacino piatto — C. E. 185, C. D. 114. Pr. V., pos. O. I. D. P. — Applicazione del forcipe *Simpson* per insufficienza delle forze ausiliarie del parto — Feto f. sano, peso gr. 3080, lung. cm. 46 — Puerperio normale — Esce li 13 marzo senza presentare miglioramenti nella malattia polmonare.

VI. N. 124. — Marzo 13. — IIpara — Bacino normale — Pr. V., pos. O. I. S. A. — Funicolo ombelicale procidente — Forcipe *Simpson* traente nell'asse — Feto m. asfittico, ma riavutosi, peso gr. 3000, lung. cm. 49 — Puerperio normale.

VII. N. 149. — Aprile 6. — Ipara — Bacino normale — Asistolia con ortopnea minacciosa — Parto prematuro artificiale (v. N. VII), Forcipe *Simpson* nello scavo — Feto f., sano, peso gr. 2400. La donna soccombe al fatto cardio-polmonare li 21 aprile (v. Specchio delle morti, N. VII).

VIII. N. 154. — Aprile 12. — Ipara — Bacino normale — Pr. V., pos. O. I. S. A. — Utero inerte e rallentamento del battito cardiaco fetale — Forcipe *Simpson* — Feto m. asfittico, in breve respirò liberamente, peso gr. 3220, lung. cm. 51 — Puerperio normale.

IX. N. 156. — Aprile 15.— IIpara — Bacino normale — Pr. faccia, pos. M. I. D. P. — Forcipe *Simpson* nello scavo per i lati della testa per rallentamento del battito cardiaco — Feto m. sano, peso gr. 4000, lungh. cm. 52 — Puerperio normale.

X. N. 207. — Giugno 19. — Ipara — Bacino normale — Inerzia dell'utero — Forcipe *Simpson* nello scavo — Feto m. sano, peso gr. 3380, lung. cm. 52 — Puerperio normale.

Forcipe allo stretto superiore.

I. N. 26. — Nov. 20.— Ipara — Statura cm. 139, peso kg. 48 — Bacino rachitico generalmente e irregolarmente ristretto — C. E. 174, pr. V, pos. O. I. S. A. — Forcipe del *Simpson* traente nell' asse modificato — Feto m. sano, peso gr. 3000, lungh. cm. 52. puerperio normale.

II. N. 50. Dic. 29. — IIpara — Statura cm. 141, peso kg. 53 — Bacino rachitico totalmente ed irregolarmente ristretto. C. D. 97, C. V. 80. Pr. V., pos. O. I. S. T. — Forcipe *Tarnier* traente nell'asse — Feto f. sano, peso gr. 2750, lung. cm. 48 — Puerperio normale.

III. N. 82. — Febbr. 1. — IIpara — Statura cm. 148, peso kg. 63 e mezzo — Bacino piatto — C. D. 13, pr. V., pos. O. I. S. A. — Forcipe *Simpson* ad aste di trazione modificato — Feto m. sano, peso gr. 3600, lunghezza cm. 52 — Puerperio normale.

Embriotomia.

I. N. 47. — Dic. 16. — Ipara — Statura cm. 144, peso kg. 55 — Bacino generalmente e regolarmente ristretto — C. E. 171. D. Bisischiatico 80, C. V. 80, pr. V., pos. O. I. D. A. — Con tre trainenti non si riesce a fare scendere il capo nello scavo con il forcipe *Simpson* traente nell'asse modificato — Perforazione col trapano curvo, poi estrazione del capo col cranioclasta del *Braun* — Feto m., peso senza il cervello gr. 3500, lung. cm. 52, ulcerazioni puerperali e parametrite (v. N. III). — Esce guarita il 14° giorno del puerperio.

II. N. 58. — Dic. 28. — Ipara — Statura cm. 145, peso kg. 54 — Bacino rachitico generalmente ed irregolarmente ristretto — C. D. 94, C. V. 70 — Parto prematuro artificiale — Fallito il tentativo col forcipe *Simpson* traente nell'asse si mette in atto la cranioclastia con l'istrumento del *Braun* — Feto m. peso senza la maggior parte della sostanza cerebrale gr. 2300, lungh. cm. 49 — Puerperio normale.

III. N. 59. — Dic. 28 — Vpara — Statura cm. 140, peso kg. 55 1/2. Bacino rachitico appiattito — C. D. 85 — C. V. 75 — Viene ammessa in soprapparto col feto in via di putrefazione e colla febbre. T. 38,6, P. 120, R. 26 — Pr. V., Pos. O. I. S. A. — Perforazione e cranioclastia — Feto m. peso senza il cervello 3100, lunghezza cm. 50 — Puerperio normale.

IV. N. 101. — Febbr. 21. — Ipara — Statura media, scheletro sottile — Bacino normale nella forma, ma alquanto ristretto — C. E. 180 — D. Bis-ischiatico 80 — Presentazione della spalla sinistra, pos. C. I. D. — Otto tentativi di rivolgimento fuori dell'Ospizio — Arriva in questo estenuata, disfatta col polso celere, colla spalla del feto, in via di putrefazione, affondata nello scavo e fissa sotto la sinfisi pubica. — Embriotomia toracica, eviscerameto. Rachitomia nella regione dorsale — Feto f. a termine di gravidanza e di medio sviluppo — Cancrena superficiale dei genitali esterni e della vagina con endometrite settica (v. Processi puerperali settici, N. V). Esce guarita li 27 marzo.

V. N. 111. — Marzo 3. — IVpara — Bacino rachitico generalmente ed irregolarmente ristretto — C. D. 80 — Pr. V., pos. O. I. S. A. Estrazione del capo con il cranioclasta del *Braun* — Feto f. a termine, per dimenticanza non si presero nè le misure nè il peso. Endometrite settica nel puerperio (v. il N. VI). — Esce in buone condizioni li 12 aprile.

VI. N. 115. — Marzo 4. — Ipara — Statura cm. 133, peso kg. 49. Bacino rachitico generalmente ristretto ed appiattito — C. D. 81. È sifilitica e viene dal sifilicomio femminile, ove per indocilità fece una cura specifica incompleta, irregolare — Feto morto — Pr. V. Cefalotripsia ripetuta e poi col cranioclasta e coll' uncino acuto si continua la operazione fino alla completa demolizione del capo. — Per estrarre il tronco fu necessaria la embriotomia toracica fatta con l' uncino acuto — Feto m., macerato — Peso senza la testa gr. 1750 — Puerperio normale — Esce li 17 marzo.

Ovaro-isterotomia cesarea.

I. N. 79. — Genn. 30. — Ipara — anni 18 — Statura cm. 128, — Bacino rachitico generalmente ed irregolarmente ristretto, molto appiattito — C. E. 133 — C. D. 52 — C. V. 30. D. B.-I. 90. Entrata in soprapparto da 38 ore ancora nel periodo di dilatazione — Condizioni generali buone, Pr. V., pos. O. I. S. A. Taglio cesareo con l'amputazione sopra-vaginale dell'utero — Metodo extra peritoneale — Trattamento del peduncolo uterino col cordone elastico — Assistenza antisettica — Caduta completa del moncone nel 13° giorno — Decorso consecutivo quasi intieramente apiretico — Esce guarita li 13 marzo — Feto m. sano, peso gr. 2400, lungh. cm. 45 — Peso della donna kg. 40.

Perineorafia.

I. N. 63. — Genn. 4. — Ipara — Rachitica — Statura cm. 150 ½, peso kg. 60, pr. V., pos. O. I. S. A. — Forcipe nello scavo (vedi N. III) — Lacerazione del perineo di secondo grado — Quattro punti di sutura incavigliata; cinque punti di sutura intercisa superficiale — Si levano i punti nel 7° ed 8° giorno. — La riunione è perfetta.

II. N. 138. — Marzo 26. — Ipara — Statura cm. 151 — Bacino normale, pr. V., pos. O. I. S. A. — Parto spontaneo — Durata del periodo espulsivo un'ora — Feto f. peso gr. 3030, lungh. 51. — Lacerazione della forchetta; Lacerazioni bi-laterali simmetriche della vagina parallele all' asse suo maggiore poco sotto il meato orinario — Sutura intercisa — Guarigione — Puerperio normale.

Processi puerperali settici.

I. N. 14. — Ottobre 31. — Vpara — Entrata li 18 ottobre. Parto normale a termine per il vertice non assistita dagli studenti — Soprapparto assai lungo nel periodo prodromico — Durata del parto: 1° periodo 4', 2° periodo 1'; secondamento normale colla spremitura — Feto vivo — Perimetrite nel puerperio — Esce convalescente nel 18° giorno.

II. N. 33. — Nov. 30. — Ipara — Entrata il 28 nov. — Metrorragia

grave da placenta previa (v. N. I). Endometrite settica leggera; ulcerazioni puerperali ai genitali esterni — Morte nell' 8° giorno del puerperio per enterite follicolare (vedi Specchio delle morti, N. IV).

III. N. 47. — Dic. 16. — Ipara — Entrata li 25 ottobre — Vaginite granulosa negli ultimi tempi della gravidanza — Embriotomia cefalica, dopo provato invano il forcipe, per stenosi pelvica (v. N. I) — 1° periodo 25', 2° periodo 4'. Secondamento ritardato ma normale colla spremitura — Ulcerazioni puerperali — Guarigione pronta; esce nel 14° giorno dal puerperio.

IV. N. 86. — Febbraio 4. — IIIpara — Entrata il 4 febbraio — Aborto accidentale di mesi quattro — Feto f., peso gr. 250, lunghezza cm. 25 — Endometrite leggera — Esce guarita nel 15° giorno,

V. N. 101. — Febbraio 21. — Ipara — Entrata li 20 febbraio — Presentazione di spalla, otto tentativi di rivolgimento — Embriotomia toracica (V. n. IV) — 1° periodo 26', 2° periodo 20' — Secondamento facile e normale. — Cancrena superficiale dell' apertura vulvo-vaginale e della vagina — Endometrite settica — Esce guarita li 27 marzo.

VI. N. 111. — Marzo 3. — IVpara — Entrata li 3 marzo — Distocia pelvica grave — Embriotomia (v. N. V) — 1° periodo 10', 2° periodo 9' — Secondamento facile colla spremitura — Endometrite settica — Esce guarita li 12 aprile.

VII. N. 125. — Marzo 15. — Ipara — Entra nell'Istituto nel periodo espulsivo del parto con la testa ai genitali esterni. Non si poterono più praticare le cure per l' assistenza asettica — Ulcerazioni puerperali — Esce guarita li 30 marzo.

VIII. N. 149. — Aprile 6. — Ipara — Entrata li 4 aprile — Asistolia con ortopnea minacciosa — Anasarca con edema grandissimo dei genitali esterni — Parto prematuro artificiale (vedi N. VII) — Forcipe nello scavo (v. N. VII) — 1° periodo 5', 2° periodo 4' 30", secondamento facile colla spremitura — Lacerazione estesa del perineo — Si rigetta la perineorafia per la condizione patologica dei genitali esterni — Placche micotiche ed endometrite settica nel puerperio — L' affezione puerperale guarisce — Aggravamento dei fenomeni cardio-polmonari — Morte li 21 aprile (v. Specchio delle morti, N. VII).

IX. N. 153. — Aprile 9. — VIIIpara — Entrata li 4 aprile — Bacino osteomalacico — Parto prematuro artificiale (v. N. VIII) —

Pres. V. — Procidenza del funicolo ombelicale — Rivolgimento (v. N. IV) — 1° periodo 24', 2° periodo 0,10", secondamento facile. Endometrite settica nel puerperio con febbre leggera — Esce guarita li 25 aprile.

X. N. 159. — Aprile 19. — Ipara — Entrata li 18 aprile — Parto prematuro per il vertice di un feto bene sviluppato — 1° periodo 12', 2° periodo 1' 30" — Secondamento normale — Ulcerazioni puerperali — Stato sub-febbrile — Esce guarita li 5 maggio.

XI. N. 161. — Aprile 20. — Ipara — Entrata li 28 gennaio parto normale, per il vertice di un feto bene sviluppato. Durata del 1° periodo 9', del periodo espulsivo 3' 30". Secondamento naturale. Placche micotiche ai genitali esterni. Angina difterica, che fu il solo caso che si ebbe durante l'anno nell'Istituto. Esce guarita li 13 maggio.

XII. N. 170. — Maggio 3. — IIpara — Metrorragia da placenta previa (v. N. II). Entra in stato di collasso grave. Tamponamento. Il tampone sta in sito per ore 18; si estrae intieramente inodoro. — Aborto di un feto semestre in via di macerazione. — Febbre leggera nel secondo giorno del puerperio con fenomeni di perimetrite — Anuria completa — La donna muore comatosa li 6 maggio. (V. Specchio delle morti, n. IX).

XIII. N. 177. — Maggio 10. — IIIpara — Entrata li 15 aprile. — Statura cm. 135, peso kg. 51. — Colore terreo, costituzione debole, parto spontaneo per il vertice di un feto a termine, 1° periodo 11'; 2° periodo 0', 5"; secondamento col metodo della spremitura. — Endometrite settica per ritenzione di porzioni di placenta, estratte in parte col dito, ed in parte col cucchiaio dello *Spiegelberg* mediante il raschiamento. — Esce guarita li 3 giugno.

Specchio delle morti.

N. d'ordine	N. progressivo annuale	DATA	CAUSA	OSSERVAZIONI
I.	11	Ottobre 27	Anemia da catarro intestinale cronico con diarrea.	Partorì li 19 ottobre nel periodo di chiusura della Clinica un feto immaturo di poco più

N. d'ordine	N. progressivo annuale	DATA	CAUSA	OSSERVAZIONI
				di 6 mesi. Diarrea cronica. — Anemia consecutiva grave. — Morta 6 giorni dopo la riapertura dell'Istituto.
II.	29	Novemb. 26	Eclampsia.	Vedi Eclampsia N. III.
III.	18	Novemb. 29	Tubercolosi polmonare e laringea.	Parto prematuro (V. N. I) per prevenire atti operativi sulla morente o dopo la morte.
IV.	33	Dicembre 8	Enterite follicolare.	Metrorragia da placenta previa (V. N. I). Endometrite settica leggera (Vedi Processi puerperali N. II). Diarrea infrenabile. — Autopsia: nella porzione inferiore del colon discendente e dell'inflessione iliaca follicoli grandemente tumefatti. A livello della prima porzione del colon ascendente valvule conniventi degenerate e tumefatte.
V.	139	Aprile 1	Tubercolosi polmonare.	Parto spontaneo di un feto ottimestre li 27 marzo.
VI.	144	Aprile 8	Polmonite acuta in polmoni tubercolosi.	Parto spontaneo di un feto ottim. li 4 aprile.
VII.	149	Aprile 21	Asistolia.	Parto prematuro (V. N. VII). Forcipe nello scavo (V. N. VII). Endometrite settica e plac-

N. d'ordine	N. progressivo annuale	DATA	CAUSA	OSSERVAZIONI
				che micotiche ai genitali (Processi puerperali V. N. VIII). Autopsia: stenosi dell'orificio aortico e della mitrale. Versamenti nella cavità del cuore e del pericardio. Edema ed atelettasia polmonare.
VIII.	Morta senza sgravarsi	Aprile 22	Uremia a forma convulsiva (V. Eclampsia, N. V).	L'utero col fondo arriva a livello della 3ª vertebra lombare, sviluppato come nel 4º mese di gravidanza. Nefrite diffusa bilaterale.
IX.	170	Maggio 6	Anuria uremia.	Metrorragia grave da placenta previa (V. II). Anuria completa - Febbre mite con fenomeni di perimetrite (processi puerperali, V. IX). Coma e morte. — Autopsia: in corrispondenza della inserzione delle trombe punti limitati di linfangite — Reni ingrossati — Sostanza corticale di color bianco, intersecato da strisce giallastre.
X.	198	Giugno 6	Cuore grasso. Tubercolosi peritoneale. Metrorragia.	(V. Metrorragia N. III). Emorragia interstiziale sotto il peritoneo, che copre la parete posteriore dell'utero — Sul

N. d'ordine	N. progressivo annuale	DATA	CAUSA	OSSERVAZIONI
				peritoneo noduli tubercolari diffusi — Pericardite recente diffusa — aorta piccola — miocardio degenerato in grasso — Emorragie interstiziali in corrispondenza del setto e delle pareti del ventricolo sinistro — Sinfisi pleurale completa a destra — Polmone destro anemico edematoso — Follicoli linfatici dell'intestino notevolmente ingrossati.

Gli studenti, quasi tutti del 6º anno, inscritti al corso furono in N. di 87. Le assistenze complessive ai parti furono 815, di modo che ogni studente assistè in media 9 parti. In media ogni studente passò due settimane di guardia nell' internato. Ogni guardia si compone di cinque studenti.

Le giornate di spedalità si possono ancora per quest' anno dividere in permanenza ordinaria e straordinaria. Eccone la ragione: secondo la Convenzione delli 9 marzo 1875, ora vigente fra il Ministero della Pubblica Istruzione e la R. Opera di Maternità, è fatta facoltà al Direttore dell' Istituto di accogliervi gestanti, le quali hanno bensì raggiunto la metà della gravidanza, ma non sono ancora arrivate a quel periodo, corrispondente alla fine dell' 8º mese, nel quale secondo il regolamento dell' Ospizio sono in questo ammesse. La ammessione di queste gestanti non deve però mai essere in tale numero, che la somma dei giorni di spedalità straordinaria delle medesime ecceda nell'anno scolastico di 9 mesi solari 550 giorni. Con lettera del 15 marzo dell' anno

corrente il Ministero della Pubblica Istruzione partecipava alla Direzione dell'Istituto, che cotesta disposizione di comune accordo con la Direzione della R. Opera di Maternità era stata levata per sopperire con essa al vitto della levatrice maestra: dal lato igienico questa non è certo una perdita; la lunga permanenza nei nostri Ospizi di Maternità, in cui si conduce una vita claustrale, non è punto giovevole alle gestanti.

Ciò premesso il numero dei giorni di permanenza così risulta:

I. Giorni di permanenza in via straordinaria .	N.	204
II. » » » ordinaria .	»	7175
Totale dei giorni di permanenza	N.	7379

Il numero dei giorni nell'anno scolastico essendo di 278 rimangono allo scoperto, giorni di permanenza N. 5965. La qual cosa in altri termini conduce a dire riguardo ai letti, che sono permanentemente occupati letti . . . . . N. 27 } 48
permanentemente vuoti » . . . . . » 21 }

Sezione III

per le Allieve Levatrici.

Letti	N.	35	
Gestanti ammesse.	»	159	
Parti naturali	»	113	138
Aborti spontanei	»	2	
Parti artificiali.	»	23	
Morti.	»	1	

BREVI NOTIZIE

sui fatti clinici più importanti e sugli atti operativi eseguiti con i risultati ottenuti.

Albuminuria.

I. N. 79. — Aprile 5. — Entrata li 26 marzo — Ipara — Orine leggermente albuminose, con edema delle estremità inferiori, orine alquanto diminuite sei giorni prima del parto — Parto e puerperio normale.

II. N. 106. — Giugno 2. — Ipara — Entrata li 12 aprile — Due giorni prima del parto albuminuria ed edema — Parto e puerperio normale.

III. N. 126. — Giugno 28. — Ipara, entrata li 9 giugno — Parto normale di un feto bene sviluppato — Albuminuria nei primi giorni del puerperio con fenomeni di uremia. — Esce in buone condizioni li 12 luglio.

Eclampsia.

I. N. 120. — Giugno 19. — Ipara — Statura cm. 146 — Entrata li 29 maggio — Li 8 giugno non albuminose le orine che però si sono fatte più scarse — Parto col forcipe nello scavo (V. N. V). Quattro ore dopo il parto un accesso di eclampsia, susseguito in breve da altri due accessi, di cui l'ultimo 9 ore dopo il parto. — Esce guarita li 30 giugno.

Metrorragia.

I. N. 80. — Aprile 8. — IIpara — Entrata li 7 aprile colla metrorragia in corso — Placenta previa centrale — Presentazione vertice — Tamponamento — Parto spontaneo di un feto m. morto del peso di gr. 2820 — Puerperio normale. — Esce li 19 aprile.

Interruzione artificiale della gravidanza.

I. N. 29. — Dicembre 30. — Ipara — Statura cm. 132 — Peso kg. 55 — Bacino rachitico generalmente ed irregolarmente ristretto — C. D. 96 — Parto prematuro dall' arte provocato — Doccia utero vaginale, sonda piena nella cavità dell' utero — Il parto si effettuò colle forze naturali — Feto f. sano, peso gr. 2590, lung. cm. 48. — Puerperio normale.

Estrazione manuale.

I. N. 23. — Dicembre 16. — IIpara — Bacino normale — Presentazione podalica incompleta, varietà piedi pos. S. I. S. A. — Estrazione manuale — Feto m. sano, peso gr. 3300, lung. cm. 52. Puerperio regolare.

II. N. 91. — Aprile 18. — Ipara — Bacino normale — Presen-

tazione podalica incompleta, varietà piedi, pos. S. I. S. A. — Estrazione manuale del capo — Feto m. morto, peso gr. 3250, lunghezza cm. 52. — Puerperio regolare.

Estrazione dell'estremità pelvica con l'uncino ottuso.

I. N. 48. — Febbraio 4. — Ipara — Bacino piatto rachitico C. E. 180 — Presentazione podalica incompleta, varietà natiche, pos. S. I. S. A. — Estrazione del podice con l'uncino ottuso, delle spalle e del capo con la mano — Feto m. morto, peso gr. 3380, lung. cm. 51 — Ulcerazioni puerperali nel 4° giorno del puerperio con lievissimo aumento termico (Vedi Processi puerperali, N. IV).

Forcipe allo stretto inferiore.

I. N. 5. — Novembre 2. — Ipara — Buona conformazione del bacino — Presentazione vertice, pos. O. I. D. A. — Applicazione del forcipe piccolo Inglese allo stretto inferiore per resistenza del piano perineale ed inerzia uterina — Feto m. sano, peso gr. 2500, lung. cm. 51 — Perineorafia (v. N. I). — Puerperio regolare.

II. N. 41. — Gennaio 22. — Ipara — Bacino normale — Presentazione vertice, pos. O. I. S. A. — Inerzia dell' utero — Forcipe allo stretto inferiore — Feto f. sano, peso gr. 2540, lung. cm. 49 — Inversione completa dell' utero (V. N. I). — Esce guarita li 3 febbraio.

III. N. 107. — Giugno 3. — Ipara — Statura cm. 149, peso kg. 57 — Bacino generalmente ed uniformemente ristretto C. D. 106 — C. V. 90 — Presentazione vertice, pos. O. I. S. A. — Battito cardiaco irregolare — Forcipe *Simpson* allo stretto inferiore — Feto f. sano, peso gr. 2780, lung. cm. 48 — Lacerazione del perineo di secondo grado — Perineorafia (V. N. IV). — Puerperio regolare.

IV. N. 130. — Luglio 3. — Ipara — Bacino lievemente ristretto — Presentazione vertice, pos. O. I. D. C. — Stato sub-febbrile nel periodo espulsivo T. 37,8 — Piccolo forcipe Inglese, feto m. sano, peso gr. 2800, lung. cm. 49 — Puerperio regolare.

Forcipe nello scavo.

I. N. 66. — Marzo 2. — Ipara — Bacino leggermente ristretto — Statura cm. 147, peso kg. 49 ½ — Presentazione vertice, pos. O. I. S. A. — Forcipe *Simpson* nello scavo per resistenza dei piani perineali — Feto f. sano, peso gr. 3000, lung. cm. 51 — Puerperio normale.

II. N. 83. — Aprile 11. — Ipara — Statura cm. 152 — Bacino piatto — C. E. 185 — Presentazione vertice, pos. O. I. S. A. — Forcipe *Simpson* nello scavo per inerzia uterina — Feto f. sano, peso gr. 3450, lung. cm. 51 — Puerperio regolare.

III. N. 84. — Aprile 12. — Ipara — Statura cm. 144 — peso kg. 54 — Bacino generalmente e regolarmente ristretto — C. D. 11 — Presentazione vertice, pos. O. I. S. A. — Feto sofferente — Forcipe *Simpson* nello scavo — Feto m. asfittico, rianimatosi — Peso gr. 2760, lung. cm. 51 — Puerperio regolare.

IV. N. 111. — Giugno 8. — Ipara — Statura cm. 148 — Bacino normale — Presentazione vertice, pos. O. I. D. P. — Scesa la testa nello scavo e rotata in pos. D. T. si applica il forcipe *Simpson* — Lacerazione del perineo di secondo grado — Perineorafia (V. N. V). — Polmonite e pleurite sinistra non puerperali — Li 20 giugno si trasporta alla Clinica medica generale, ove guarisce.

V. N. 120. — Giugno 19. — Ipara — Statura 116 — Bacino generalmente e regolarmente ristretto — C. E. 180 — Presentazione vertice, pos. O. I. S. A. — Forcipe *Simpson* traente nell'asse modificato per contrazioni uterine irregolari — Feto m. asfittico e rianimatosi — Peso gr. 3000, lung. cm. 51 — Eclampsia dopo il parto (V. N. I). — Esce guarita li 30 giugno.

Forcipe allo stretto superiore.

I. N. 44. — Gennaio 30. — Ipara — Statura cm. 130, kg. 65 — Bacino piatto — C. D. 105 — C. V. 90 — Presentazione vertice, pos. O. I. S. A. — Forcipe *Simpson* traente nell'asse modificato — Feto m. morto, peso gr. 2940, lung. cm. 52 — Puerperio regolare.

II. N. 51. — Febbraio 11. — Ipara — Statura cm. 140 — Bacino generalmente e regolarmente ristretto — C. E. 189 — Pre-

sentazione vertice, pos. O. I. S. A. — Forcipe per distocia pelvica — Feto m. sano, peso gr. 3250, lung. cm. 50 — Lacerazione del perineo di 2° grado — Perineorafia (V. N. III). — Puerperio regolare.

III. N. 137. — Luglio 21. — Ipara — Statura cm. 147 — Bacino uniformemente ristretto — C. E. 182 — Presentazione vertice, pos. O. I. D. P. — Forcipe *Simpson* traente nell' asse modificato — Feto f. asfittico rianimato, peso gr. 3330, lung. 52 — Lacerazione della forchetta — Puerperio normale.

Taglio cesareo sulla donna estinta.

I. N. 47. — Febbraio 4. — Ipara, d'anni 20 — Entrata li 7 gennaio — Costituzione gracile, colore pallido-terreo — Li 4 febbraio poco prima del mezzodì epigastralgia ed angoscia, polso piccolo filiforme, estremità fredde — T. 35′, 5 — Morte alle ore 4 pom. (V. Specchio delle morti, N. I). — Collo dell' utero ancora chiuso e conformato a condotto — Taglio cesareo post-mortem — Sutura dell'utero a punti staccati — Feto f. asfittico — Si riebbe peso gr. 2400.

Inversione dell'utero.

I. N. 41. — Gennaio 22. — Ipara — Macilenta — Pareti addominali sottili; sottili pure le pareti uterine — Presentazione vertice, pos. O. I. S. A. — Inerzia dell'utero — Forcipe allo stretto inferiore (V. N. II). — Secondamento difficile per aderenze della placenta maggiori del consueto — Nel momento in cui colla spremitura aiutata da mite trazione sul funicolo ombelicale si cercava di ottenere la espulsione degli annessi fetali l'utero si arrovesciò completamente essendo ancora la placenta in parte aderente — Emorragia grande e sincope — Riduzione manuale — Puerperio regolare. — La donna esce guarita li 3 febbraio.

Perineorafia.

I. N. 5. — Novembre 2. — Ipara — Bacino normale — Presentazione vertice, pos. O. I. S. A. — Forcipe allo stretto inferiore (V. N. I). — Lacerazione del perineo del 2° grado — Due punti di sutura interni perduti, tre punti di sutura profonda intercisa ed uno superficiale. — Guarigione.

II. N. 25. — Dicembre 21. — Ipara — Bacino normale — Presentazione podalica incompleta, varietà piedi pos. S. I. D. P. — Parto naturale — Rapida cacciata in una sola contrazione delle spalle e della testa — Feto f. sano, peso gr. 2400, lung. cm. 47 — Lacerazione del perineo di 2° grado — Perineorafia; tre punti di sutura incavigliata, sette punti di sutura intercisa superficiale — Esce guarita li 3 gennaio.

III. N. 51. — Febbraio 11. — Ipara — Statura 140 — Bacino generalmente e regolarmente ristretto — Presentazione vertice — Forcipe allo stretto superiore (V. N. II). — Durata del parto 1° periodo ore 13, 2° periodo ore 2 — Feto m. vivo, del peso di gr. 3250 — Lacerazione del perineo di 2° grado — Perineorafia, tre punti di sutura incavigliata; cinque punti di sutura intercisa superficiale — Guarigione — Esce li 6 marzo.

IV. N. 107. — Giugno 3. — Ipara — Statura cm. 149, peso kg. 57 — Bacino generalmente ed uniformemente ristretto — Presentazione vertice — Forcipe allo stretto inferiore (V. N. III). 1° periodo 11′, 2° periodo 2′ — Feto f. vivo, peso gr. 2780 — Lacerazione del perineo di secondo grado — Perineorafia; tre punti di sutura incavigliata; cinque punti di sutura intercisa superficiale — Adesione completa — Puerperio irregolare per polipo placentare estratto col dito — Esce guarita li 19 giugno.

V. N. III. — Giugno 8. — Ipara — Statura cm. 148 — Bacino normale — Presentazione vertice — Forcipe nello scavo (vedi N. IV). Rotazione pubica dell'occipite; 1° periodo 9′; 2° periodo 3′ 45″ — Feto m. del peso di gr. 2770 — Lacerazione del perineo di secondo grado — Perineorafia; tre punti di sutura incavigliata, due punti superficiali di sutura nodosa — Adesione completa — Per pleuro-polmonite non puerperale passa li 20 giugno alla Clinica Medica Generale.

Processi puerperali settici.

I. N. 3. — Ottobre 30. — Ipara — Entrata li 30 ottobre — Parto naturale di un feto maturo, ma poco sviluppato, per il vertice — Durata del 1° periodo 5″; 2° periodo 0′ 30″ — Secondamento col metodo della spremitura — Endometrite settica leggera — T. 38° per ore 12 — Esce guarita li 10 novembre.

II. N. 6. — Novembre 5. — Ipara — Entrata li 22 agosto — Parto naturale di un feto a termine per il vertice — 1° periodo

9′ 30″; 2° periodo 1′ 15″ — Secondamento naturale col metodo della spremitura — Parametrite leggera — Febbre mite per tre giorni e mezzo — Esce guarita li 12 novembre.

III. N. 22. — Dicembre 14. — Ipara — Entrata li 22 ottobre — Parto naturale di un feto per il vertice pervenuto a maturità, ma poco sviluppato — 1° periodo 6′ 30″; 2° periodo 0′ 30″ — Secondamento naturale colla spremitura 15″ dopo la cacciata del feto — Ritenzione di porzione di membrane nell' utero, che tirando sul filo, col quale vennero fissate, si estrassero nel secondo giorno del puerperio — Vulvite ulcerosa nel quinto giorno; febbre mite per qualche giorno. — Esce guarita li 6 gennaio.

IV. N. 24. — Dicembre 18. — IIpara — Entrata li 29 ottobre — Parto naturale di un feto maturo per il vertice — 1° periodo 3″; 2° periodo 0′ 30″ — Secondamento facile colla spremitura — Ulcerazioni puerperali e parametrite leggera; febbre mite per cinque giorni. — Esce guarita li 31 dicembre.

V. N. 39. — Gennaio 21. — Ipara — Ammessa li 21 gennaio — Parto spontaneo di un feto maturo per il vertice — 1° periodo 14′; 2° periodo 2″ — Secondamento naturale facile colla spremitura — Ulcerazioni puerperali e parametrite con febbre alta. — Esce guarita il 1° marzo

VI. N. 48. — Febbraio 4. — Ipara — Ammessa li 20 dicembre — Bacino rachitico appiattito — Presentazione podalica, estrazione con l'uncino ottuso (V. N. I). — Durata del 1° periodo 14′; 2° periodo 1′ 30″ — Secondamento naturale e facile — Ulcerazioni puerperali nel quarto giorno con leggerissimo rialzo termometrico.

VII. N. 63. — Febbraio 26. — Ipara — Ammessa li 8 febbraio — Statura cm. 145, peso kg. 64 — Bacino piatto — 1° periodo 9'; 2° periodo 2′ 30″ — Secondamento naturale colla spremitura — Vulvite ulcerosa, e da questa linfangite cutanea con febbre alta — Esce guarita li 21 marzo.

VIII. N. 78. — Aprile 3. — Ipara — Entrata li 6 marzo — Parto naturale per il vertice, di un feto vivente, molto sviluppato — 1° periodo 4′; 2° periodo 0′ 30″ — Secondamento naturale favorito colla spremitura — Ulcerazioni puerperali quasi senza rialzo termico — Esce guarita li 18 aprile.

IX. N. 100. — Maggio 14. — Ipara — Entrata li 24 aprile — Bacino normale — Leucorrea purulenta verso la fine della gravidanza; abrasione sulla superficie interna delle grandi labbra

tanto a destra, che a sinistra — Parto naturale per il vertice di un feto del peso di gr. 3300 — Delirio nel periodo espulsivo — 1° periodo 9′ 20″: 2° periodo 1′ 30″ — Secondamento naturale colla spremitura — Ulcerazioni puerperali — Stomatite idrargirica — Esce guarita li 2 giugno.

Specchio delle morti.

N. d'ordine	N. progressivo annuale	DATA	CAUSA	OSSERVAZIONI
1.	47	Febbraio 4	Aneurisma dell'aorta.	Aneurisma per degenerazione grassa dell'aorta rottosi con piccola apertura nella cavità del pericardio.

Le allieve che frequentarono l'Istituto furono 37, di cui 21 del primo anno di corso e 16 del secondo anno. Le assistenze di parto furono complessivamente 530; per rendere ragione di questa cifra fa d'uopo ricordare, che le allieve sono pure ammesse nella seconda sezione però per la semplice assistenza dei parti. In media ogni allieva stette quattro settimane di guardia, ed assistette a 14 parti.

I giorni di permanenza ascesero in complesso al N. di 5652; il numero dei letti essendo di 35 ne scende per conseguenza, che in media letti N. 14 risultarono permanentemente vuoti.

Prima di mettere termine a questo rendiconto statistico non è fuori di proposito lo aggiungere alcune parole di schiarimento e spiegare il concetto, che servì di guida nella redazione.

Le operazioni furono invero in quest'anno in numero ragguardevole; ma numerosi furono pure i casi di viziature pelviche come pure quelli appartenenti alla distocia accidentale; nè mai si praticarono senza obbedire ad una indicazione chiara, precisa, determinata. Questa dichiarazione non è superflua imperocchè vi

fu chi non esitò a dire che negli Istituti Clinici le operazioni si fanno per soddisfare all'Istruzione. Questo lavoro fornisce un ufficiale documento di quanto si è fatto nel campo operativo dell'anno, che sta per finire; ora con fiducia ed impazienza ne aspetto il critico esame, che è pure dovere il fare se dalla gratuita asserzione, che non può mai addurre la convinzione, si vuole fare, passo all'ordine dei fatti e provare quanto venne con leggerezza asserito. L'assistenza ostetrica si fece sempre col metodo antisettico ormai eretto a sistema.

Nell'elenco dei processi puerperali si riportarono tutti i casi anche i più miti, i più leggeri, cioè eziandio quelli, che per un clinico non rigoroso o disattento potevano benissimo passare inosservati, e vediamo tuttodì essere nella pratica da molti trascurati.

Le autopsie vennero tutte praticate dall'insegnante di anatomia patologica siccome il regolamento universitario prescrive. Nel valutare la causa della morte la fenomenia morbosa essendo spesso nei casi gravi molteplice e complicata, si è tenuto conto della diagnosi clinica e della diagnosi anatomica.

Riassunto del movimento clinico dell'Istituto.

Donne gestanti ammesse	N.	434
Albuminuria	»	11
Eclampsia	»	6
Metrorragia	»	5
Parti naturali	»	297
Aborti spontanei	»	10
Parti artificiali. Interruzione artificiale della gravidanza	»	14
Parti artificiali. Riposizione del funicolo ombelicale procidente	»	1
Parti artificiali. Estrazione manuale	»	5
Parti artificiali. Estrazione con l'uncino ottuso	»	1
Parti artificiali. Rivolgimento	»	5
Parti artificiali. Forcipe	»	27
Parti artificiali. Embriotomia	»	6
Parti artificiali. Taglio cesareo	»	2
Parti artificiali. Inversione dell'utero	»	1
Parti artificiali. Perineorafia	»	7
Totale dei parti	N.	376
Processi puerperali settici	»	22

Morti	Malattie comuni. . . . . N.	8	11
	Malattie accidentali attinenti allo stato speciale in cui si trova la donna. . »	3	
	Processi puerperali settici. . . . . »	»	
Giornate di permanenza complessivamente		» 13031	

Il numero dei letti, che è in complesso di 83, moltiplicato per il numero dei giorni dell'anno clinico porterebbe per giornate di permanenza la cifra di 23,074; queste essendo soltanto di 13,031 risulta evidente, che nell'Istituto Ostetrico letti N. 36 sono in media permanentemente vuoti.

Questa considerazione e il lodevole risultato ottenuto riguardo ai processi puerperali settici, che ci porta a dire con giusta soddisfazione, che non contano fra le cause di morte dopo avere attraversato un anno notevole per il numero dei parti e ancor più rilevante per il numero delle operazioni, di cui molte gravi, sono argomenti di tale valore che dovrebbero rimovere ogni opposizione, e vincere tutte le difficoltà *burocratiche* insorte per la istituzione di una modesta sezione ginecologica siccome venne ripetutamente deliberato dal Consiglio di Direzione della Maternità; in questa si potrebbero accogliere quei casi, che hanno stretta attinenza con la gravidanza, col parto e col puerperio, e che giovando alla istruzione si entrerebbe pure nello scopo, per cui la Maternità ebbe vita ed incremento. La somma per la sezione Ginecologica venne stanziata nel bilancio dell'anno corrente; vi ha da mettere quivi l'augurio per l'onore della nostra città, che l'Istituto Ostetrico di Torino non resti il solo in Italia senza la Ginecologia rappresentando un vero e non certo lodevole anacronismo.

Torino, li 25 *luglio* 1884.

Il Prof. Direttore
D. Tibone.

DELL'INFLUENZA DELLA TEMPERATURA SULLA VITA DEL FETO

E SULL'ANDAMENTO DELLA GESTAZIONE

studio del Dottore **DORÉ**

Ricerche sperimentali fatte nel Laboratorio della Clinica Ostetrica di Parigi.

(*Cont. e fine*, Vedi N. 5, pag. 308).

Serie Seconda.

In questa seconda serie d'esperimenti consigliati dal signor Dott. Doléris, noi abbiamo operato a temperature più basse.

Nulladimeno, le nostre stufe sono state mantenute a un grado di calore superiore a quello dell'animale medesimo.

Esperienza V. — Cavia grande a termine, pesante 900 grm., stufa a calore secco, riscaldata a 44 gradi.

10 ore 30 T. R. 39,6 È messa nella stufa.
11 ore 30 T. R. 42,2.
2 ore 30 T. R. 42,8.
3 ore T. R. 42,8.
3 ore 35 T. R. 43,2. L'animale allungato nella sua gabbia non si muove più. La sua respirazione è estremamente affannosa.
4 ore 50 T. R. 44,2. Morte.

Durata dell'esperimento ore 7 e 20 minuti.

Subito dopo noi estraemmo 4 feti morti.

La loro temperatura interna è di 43 gradi.

Autopsia della madre: rimessi i feti nel ventre della madre il corpo non pesa più di 815 grammi.

I polmoni sono ripieni di sangue nerastro coagulato; e si osservano numerose echimosi nella pleura viscerale.

Il cuore è duro e le orecchiette sono ripiene di sangue liquido, i ventricoli in sistole, non contengono assolutamente nulla.

La fibra cardiaca è acida.

Il pericardio rinchiude uno spandimento liquido.

Nulla al fegato, ai reni, nè sotto il pericranio.

Autopsia dei feti: essi sono coperti di pelo, sensibilmente delle stesse dimensioni, e pesanti in massa 235 grammi.

Il loro cuore è duro, vuoto di sangue, nessuna echimosi sotto le pleure, nè sotto il pericardio.

La loro vescica del volume d'un grosso pisello è piena di ovina alcalina.

Nulla al fegato. Le placente non presentano nessuna lesione, esse erano interiormente unite all'utero.

Esame istologico fatto dal Dott. Doléris capo clinico.

« La fibra muscolare del cuore e dei muscoli ordinari della madre è perfettamente omogenea. Essa non presenta nessuna apparenza granulosa, nè null'altra cosa che possa esservi paragonata. Altrettanto osservasi della fibra fetale. Il sangue non ha subìto alcuna alterazione apprezzabile al solo esame istologico. Resterebbe a sapere ciò che sia avvenuto delle sue qualità e composizione fisico-chimica; ciò che ci proponiamo di scoprire più tardi non avendo questo esame un diretto rapporto con il nostro soggetto, noi lo abbiamo riserbato. »

Esperienza VI. — Cavia femmina, gravida, pesante 1, 010 grm. Stufa a calore secco riscaldata a 43 gradi.

10 ore	T. R. 38,4.	Messa nella stufa.
10 ore	T. R. 40,4.	L'animale orina e defeca.
11 ore 30	T. R. 41,4.	L'animale passa le sue zampe sopra il naso come per togliere un ostacolo all'entrata dell'aria.
11 ore 30	T. R. 41,2.	

Durata dell'esperimento ore 1,30.

La bestia è tolta e lasciata in riposo per 46 ore, l'esperienza è dunque ripresa dopo 2 giorni.

9 ore 40 T. R. 39,4. È messa nella stufa.
10 ore 30 T. R. 41,6.
10 ore 50 L'animale passa le zampe sul suo naso, indi si rannicchia in un angolo, la testa elevata come per aspirare l'aria malgrado la corrente che esiste nella stufa, la sua respirazione è anelante e precipitosa.
11 ore 35 T. R. 42,2.
12 ore T. R. 42. Respirazione affannosa ed incontabile.

Durata dell'esperimento 28 ore e 20 minuti.

La cavia è ritirata e lasciata all'aria esterna per 2 ore e 20 minuti.

2 ore 20 T. R. 38. È rimessa nella stufa.
3 ore 20 T. R. 40,8.
4 ore 30 T. R. 41,8.
5 ore 30 T. R. 42,4.

Durata dell'esperimento 3 ore 10 minuti.

Lasciata la notte nella stufa con delle foglie fresche, la bestia viene trovata morta al domani a 7 ore di mattina, senza che si potesse precisare a qual ora della notte essa fosse morta. La sua temperatura interna è di 43 gradi, identica a quella della stufa.

Autopsia. La bestia non pesa più di 870 grm. I polmoni sono congestionati e presentano nel loro parenchima delle infiltrazioni apoplettiformi. Il pericardio racchiude uno spandimento liquido siero-sanguinolente.

Il cuore è in sistole, il ventricolo e l'orecchietta destra racchiudono un grosso coagulo nerastro, il sangue ha perduto la sua fluidità.

Il fegato e la milza non presentano nulla di particolare, l'utero contiene quattro feticini, sensibilmente della stessa dimensione e pesanti assieme 85 grm.

La pelle presenta una tinta leggermente rossastra dovuta alla imbibizione.

In questo esperimento la bestia è morta lentamente, per eccesso di calore, senza aver abortito.

Dopo ciò che sappiamo per le precedenti esperienze, noi abbiamo il diritto di supporre che durante la notte la temperatura dell'animale deve essersi elevata ad un grado di calore pressochè uguale a quello che lentamente ha ucciso la cavia dell'esperimento V (44,2).

Da questo fatto al quale manca l'esame immediato dopo la morte, noi non ne rileviamo, come si vede, che delle conseguenze limitate.

Esperienza VII. — Grossa coniglia, a termine, coperta il 26 maggio. Stufa a calore secco, riscaldata a 42 gradi.

22 giugno 4 ore 23 T. R. 38,8. Messa nella stufa.
4 ore 55 T. R. 40,8. La respirazione è di più in più precipitosa e l'animale passa frequentemente le zampe al davanti del naso come per cacciare un ostacolo che disturba questa funzione.
5 ore 25 T. R. 41,6. Urina.
6 ore T. R. 52,2.

Durata dell'esperimento 1 ora e 38 minuti.

L'animale è tolto dalla stufa; la sua temperatura segue il cammino discendente che segue:

6 ore 5 T. R. 42,2.
6 ore 30 T. R. 41,6.
6 ore 40 T. R. 41.
7 ore 20 T. R. 40,9.
10 ore T. R. 38,6.

Rimessa nella gabbia la coniglia partorisce nella notte del 26 al 27 giugno sei piccoli perfettamente vivi.

La sua temperatura massima 42,2 non ha dunque alcuna influenza nè sull'andamento del parto, nè sulla vitalità dei feti.

Esperienza VIII. — Cavia gravida, pesante 707 grammi, stufa a calore umido, riscaldata a 41 gradi.

10 ore 30	T. R. 39.	Messa nella stufa.
12 ore	T. R. 43,3.	
1 ora		Ansietà estrema.
1 ore 15	T. R. 43,8.	Morte.

Durata dell'esperimento 2 ore 45 minuti.

L'apro tosto ed estraggo due feti morti.

Autopsia della madre: rimessi i piccoli nel ventre il suo corpo non pesa che 675 grammi.

Polmoni pochissimo alterati. Appena sulla pleura viscerale si osservano due o tre larghe placche echimotiche superficialissime, non aventi più di 3 o 4 mill. di diametro. Tutto il rimanente del polmone è sano.

Cuore in sistole. Il ventricolo destro racchiude per altro un po' di sangue. Le orecchiette contengono un coagulo.

Fegato un poco congestionato.

Nulla sotto al pericranio.

Autossia dei piccoli: essi pesano 72 gr. Il loro cuore è in sistole: i loro polmoni sono sani.

Esperienza IX. — Grossa coniglia, coperta il 2 giugno, pesante 4270 grm., stufa a calore umido, riscaldata a 40 gradi.

30 giugno	12 ore	T. R. 39.	Messa nella stufa.
	2 ore 15	T. R. 43,6.	La bestia respira 240 volte al minuto.
	3 ore	T. R. 43,8.	Estrema agitazione.
	4 ore	T. R. 44,2.	La bestia sta per soffocare e non fa più resistenza. La sua respirazione anelante e soffiante non è superiore alle 150 per minuto; i battiti del cuore sono incontabili.

Essa pesa soltanto 4,225 grammi.

Lasciata in riposo in un luogo areato, l'animale rinviene allo stato normale e la sua temperatura segue il decorso discendente che segue:

4 ore 15 T. R. 43,6.
4 ore 30 T. R. 43.
4 ore 45 T. R. 42,8.
5 ore 15 T. R. 41,6. Il numero delle respirazioni è aumentato ed è a questo momento di 204; esse sono brevi e precipitose.
5 ore 45 T. R. 40,8. Resp. 180, Polso 210.
6 ore 45 T. R. 40,2. » 170, » 210.

La coniglia si sgrava il 3 giugno nella notte dal 3 al 4 giugno, dieci feti morti ed aventi già subito un certo grado di macerazione.

Il quadro riassuntivo dei 5 esperimenti precedenti ci mostra i seguenti risultati, ottenuti ad una temperatura relativamente superiore a quelle della prima serie:

Esp. V stufa 44.
» VI » 43.
» VII » 42.
» VIII » 41.
» IX » 40.

La sopravvivenza degli animali è stata molto più considerevole.

Esp. V stufa 44. Morte in 7 ore e 20.
» VI » 43. Più di 7 ore di sopravvivenza.
» VIII » 41. Morte in 2 ore e 45.

Le differenze della sopravvivenza negli esperimenti V e VIII si spiegano in ciò che nel primo caso si è estratto più volte l'animale, in modo da moderare l'elevazione della temperatura fino dal principio dell'esperienza: al termine di un'ora essa non aveva raggiunto che 42,2.

Nel secondo, al contrario, l'animale fu sottratto al riscaldamento eccessivo solo momentaneamente, e dopo un'ora e mezzo, quando egli aveva di già raggiunta la temp. di 43,3 e la sua esistenza era fin d'allora compromessa. Frattanto è il caso di fare una riserva su queste variabilità nella resistenza che noi troviamo subito a proposito del VII e IX esperimento.

La temperatura massima raggiunta è stata sempre usuale o superiore a 43.

Esp. V stufa a 43, morte in 7 ore 20. Temp. mass. 44,2.
» VI » 43, morte in 7 ore. Temp. mass. notata 43.
» VIII » 41, morte in 2 ore 45. Temp. mass. 43,8.

I feti, in questi tre casi, sono stati trovati morti: la loro temperatura presa il più esattamente possibile era approssimativamente quella della madre.

NB. Negli esperimenti VII e IX gli animali sono stati sottratti al riscaldamento eccessivo fin da quando questo cominciava a divenire pericoloso: si è lasciato uno arrivare al disopra di 44, l'altro, al contrario, non ha oltrepassato 42,4.

Esp. VII stufa 42, soggiorno 1 ore 37. Temp. mass. 42,2.
» IX » 40, » 4 ore » » 44,2.

Come si vede il soggiorno nella stufa è stato meglio sopportato nel secondo esperimento che nel primo, in ragione del minore riscaldamento, con tutto ciò è sorprendente la grande resistenza della coniglia dell'osservazione IX, che ha sopportato, senza morire, per la durata di 2 ore una temperatura superiore a 43,5.

D'altra parte questa osservazione non è che la ripetizione di quanto noi abbiamo osservato per gli animali degli esperimenti V e VIII.

Ora noi siamo probabilmente autorizzati a concludere: che dato un uguale riscaldamento, si osservano delle differenze individuali considerevoli circa alla maniera di reagire delle femmine gestanti, e non ci sembrerebbe temerario il parere d'ammettere che altrettanto debba essere per la resistenza del feto.

Ritornando a ciò che è avvenuto dei prodotti nei due ultimi esperimenti V e IX, noi constatiamo che nella VII esperienza la madre avendo subito una temperatura superiore a 41,5 per la durata di 55 minuti (35 minuti nella stufa, 20 fuori) ha partorito 5 giorni più tardi 6 feti perfettamente vivi e a termine.

Nell'esperimento IX la temp. era arrivata a 44,2 e si era mantenuta per più di due ore al disopra di 43,5. La coniglia che con

grande nostra meraviglia ha sopravvissuto, ha partorito 4 giorni dopo esattamente a termine, 10 piccoli morti e con principio di macerazione.

Le esperienze II, VII e IX nelle quali non abbiamo in particolar modo osservato e notato l'andamento decrescente della temperatura dei nostri animali estratti dalla stufa, dimostrano ciò che più sopra abbiamo annunciato che, sotto il punto di vista dei resultati degli esperimenti, non vi è alcun inconveniente ad estrarre l'animale dalla stufa, affine di prendere con comodità la temperatura rettale. La sensibilità dei nostri termometri ci ha permesso infatti di praticare questa operazione in meno di due minuti.

Lo si vede, il disaccordo dei nostri esperimenti con quello di Runge è completo.

Grazie al nostro procedere, noi abbiamo costantemente veduto elevarsi la temperatura della nostra stufa restando da 15 a 20 gradi al di sotto di quella di Runge.

Vi ha senza dubbio una straordinaria differenza di resistenza fra i conigli tedeschi e quelli francesi: i primi muoiono (esp. VI di Runge, stufa a 40) al massimo in 53 minuti, mentre i secondi hanno sopportato, senza morire, nelle medesime condizioni, la stessa temperatura per un tempo quattro volte maggiore (esperienza IX).

Infine Runge, fece morire qualcuno dei suoi animali con una temperatura di poco superiore ai 42 gradi, ed egli trovava sempre in questi casi, dice egli, dei feti morti.

Questo modo d'interpretare l'ultima proposizione relativa alla morte del feto è viziosa, poichè in numerosi casi egli considera come morti feti il *cui cuore batte ancora* nell'uteró della madre aperto agonizzante.

Per noi, questo segno ci sembra dimostrativo della persistenza della vita.

Dunque, senza volere por fine alla questione dei segni positivi della morte del feto al momento dell'operazione cesarea praticata in tal modo, noi non sapremmo accettare come sufficiente il criterio che Runge attribuisce a Breslau, vale a dire la mancanza della respirazione e dei movimenti spontanei. Noi sappiamo che nella specie umana questo criterio è insufficiente; con qual diritto si accetterà per le specie animali?

Terza serie.

Noi arriviamo alla terza serie delle nostre esperienze, le sole che, per noi, presentano qualche condizione certa d' analogia in armonia con ciò che si passa nella donna gestante.

In questi ultimi esperimenti, abbiamo operato a temperature inferiori alla temperatura normale dell' animale medesimo. Così noi siamo arrivati ad un risultato sperimentale nuovo, in ciò che concerne la temperatura degli animali privati della traspirazione cutanea, ed immersi in un ambiente riscaldato a 32, 35 e 38, cifre inferiori a quella della temperatura del loro corpo. Tale risultato è che in una stufa riscaldata da 32 a 35, la temperatura d'una coniglia, che normalmente è per esempio di 39, può dopo un tempo variabile, elevarsi di 3 gradi al disopra della normale (esp. X). Non avendo in questa serie d' esperimenti mai oltrepassato la temp. di 38 per la stufa e di 43 per l'animale, noi non abbiamo altri dati al di fuori di questo quadro.

Il più sovente abbiamo operato fra 32 e 36 e solo eccezionalmente, e durante un tempo brevissimo abbiamo, alla fine dell'esperienza XI, lasciato salire la temperatura della stufa in modo da portare progressivamente, ma assai presto, la temperatura rettale dell'animale a 43,3.

È soprattutto quest'ultima serie d'esperimenti che invochiamo per provare che: in tutti i parti effettuatisi spontaneamente e a termine sono nati feti non solamente vivi, ma vitabili.

E togliendone così progressivamente la temperatura interna degli animali, mantenendoli in un centro di calorificazione inferiore alla loro propria temperatura, noi li abbiamo sottratti all'azione complessa del calore eccessivo, capacissimo di disturbare i risultati dell'esperimento.

D'altra parte in ciò che riguarda la temperatura dell' animale, noi ci siamo tenuti in un limite moderato e compatibile con la vita, benchè presentante una ipertermia superiore alla temperatura massima osservata nelle piressie della specie umana, ossia 42. Noi abbiamo anche raggiunto i 43, ma lo abbiamo detto, questa temperatura non è stata mantenuta che per brevissimo tempo.

Adunque nelle esperienze che stiamo per riferire, non avremo da porre la minima restrizione alle conclusioni che dedurremo.

Esperienza X. — Coniglia coperta il 6 giugno, pesante 3,720 grammi, stufa a calore umido riscaldata a 32.

5 luglio 5 ore 20 T. R. 39,2. È messa nella stufa.
6 ore 30 T. R. 40.
7 ore 50 T. R. 40,4.

L'animale passa la notte nella sua capanna e non è rimesso nella stufa che al giorno seguente, la cui temperatura è abbassata ancora d'un grado e portata a 31.

6 luglio 9 ore 30 T. R. 39. Messa nella stufa.
10 ore 30 T. R. 39,4. Respirazione precipitosa e battiti del cuore intensi.
11 ore T. R. 39,6.

La bestia è ritirata e lasciata in un luogo areato, l'esperimento è ripreso nelle medesime condizioni di calore, cioè:

2 ore 30 T. R. 39.
3 ore 30 T. R. 39,8.
4 ore 30 T. R. 40,2. Respirazione affannosa e precipitosa. L'animale porta le sue zampe sopra il suo naso come per togliere un ostacolo all'entrata dell'aria.
5 ore 30 T. R. 40,4.
6 ore 30 T. R. 40,6. L'animale sembra, più dei precedenti, oppresso a questa temperatura.
7 ore 15 T. R. 41.

La bestia passa la notte nella sua gabbia ed è rimessa all' indomani mattina nella stufa la di cui temp. raggiunge 33.

7 luglio 9 ore 30 T. R. 39,2. Messa nella stufa.
10 ore 30 T. R. 39,6.
11 ore 45 T. R. 40.
1 ore 15 T. R. 40,4. L'animale saltella nella gabbia. Esso cerca ancora di togliere l'ostacolo alla sua respirazione.

7 luglio 2 ore 30 T. R. 40,6.
3 ore 30 T. R. 41,2. Pulsazioni del cuore e respirazioni incontabili.
4 ore 30 T. R. 41,6.
5 ore T. R. 42. La bestia sta per soffocare, inerte.

La pongo all'aria esterna per una mezz'ora e la reintroduco nella stufa a ore 5. 3.

8 ore T. R. 41.4.

La coniglia si sgrava nella sera dell'8 luglio di 10 feticini perfettamente vivi.

Esperienza XI. — Coniglia fecondata il 10 giugno o poco più, pesante 3,600 grammi, stufa a calore umido 35.

9 luglio 10 ore 15 T. R. 39,8. Messa nella stufa.
11 ore 15 T. R. 41.
12 ore T. R. 41,6. La bestia è ritirata per un quarto d'ora.
12 ore 15 Messa nuovamente nella stufa.
1 ore 45 T. R. 40,8.
3 ore T. R. 40,8.
4 ore 30 T. R. 40,8.
5 ore 25 T. R. 40,8.
6 ore 25 T. R. 41,5.
7 ore 25 T. R. 41,6.

La bestia è rimessa nella sua capanna ove passa la notte. — L'esperimento è ripreso all'indomani. Stufa a 37.

10 luglio 10 ore 30 Messa nella stufa.
11 ore 35 T. R. 40,2.
2 ore 5 T. R. 41.
3 ore 35 T. R. 41,2.
4 ore 35 T. R. 42.
5 ore 35 T. R. 43,2.
6 ore 20 T. R. 43,3.

La coniglia è rimessa nella sua capanna, essa vi passa la notte

e la giornata seguente. L'esperimento non è ripreso che il giorno di poi nella sera. Stufa a 36.

12 luglio	4 ore 45	T. R. 39,6.	Messa nella stufa.
	5 ore 50	T. R. 41,2.	
	6 ore 50	T. R. 41,6.	

La bestia è tolta e lasciata in riposo. Essa partorisce dal 13 al 14 luglio nove feticini, sei vivi e tre morti, ma non macerati. Questi tre ultimi sono morti durante il parto o subito dopo, come avviene frequentemente nelle fecondazioni numerose.

Esperienza XII. — Coniglia gravida ai due terzi dell'epoca gravidica, pesante 3,400 grm. Stufa a calore umido, riscaldata a 35.

9 luglio	10 ore	T. R. 39,2.	Messa nella stufa.
	11 ore	T. R. 40,2.	L'animale ha orinato.
	12 ore	T. R. 41,4.	

L'animale è ritirato e lasciato al fresco per un quarto d'ora.

12 ore 15		Messa di nuovo nella stufa.
1 ore 30	T. R. 40,4.	
2 ore 30	T. R. 40,8.	
4 ore	T. R. 40,8.	
5 ore 15	T. R. 41,2.	
6 ore 15	T. R. 41.	
7 ore 15	T. R. 41,4.	

La coniglia è rimessa nella capanna per passarvi la notte. — L'esperimento è ripreso al domani. Stufa riscaldata a 37.

10 luglio	10 ore 30		Messa nella stufa.
	11 ore 30	T. R. 40,5.	
	2 ore	T. R. 41.	
	4 ore 30	T. R. 42.	Essa salta nella gabbia.
	5 ore 30	T. R. 42,3,	
	6 ore 15	T. R. 42,5.	

La bestia è rimessa nella capanna e lasciata in riposo. — Essa partorisce, il 23 luglio, 6 feti perfettamente vivi.

Esperienza XIII. — Robusta coniglia grigio-ferro gravida, vicinissima al termine. Stufa a calore secco.

21 luglio	9 ore	Stufa a	30°	T. R.	39,8. Messa nella stufa.
	10 ore 30	»	31°	»	39,8.
	11 ore 30	»	36°	»	40,5.
	12 ore 15	»	33°	»	40,8.

L'animale è tolto per 2 ore 45.

3 ore	T. R. 30	39,6.	Messa nella stufa.
5 ore 45	T. R. 34	41.	
7 ore 15	T. R. 35	41,2.	

La coniglia è tolta.

A 7 ore 30 la sua temperatura rettale è ancora di 40,8. Essa si alza la notte nella sua capanna ed è rimessa in esperimento la mattina del giorno seguente. Stufa regolata a 36.

22 luglio	9 ore 30	T. R. 39,6.	Messa nella stufa.
	10 ore 30	T. R. 40,2.	
	11 ore 30	T. R. 40,6.	
	12 ore 15	T. R. 42.	

La bestia è ritirata fino all'indomani. Stufa regolata a 36.

23 luglio	9 ore	T. R. 39, 2.	Messa nella stufa.
	10 ore	T. R. 39,6.	
	11 ore	T. R. 39,6.	
	12 ore	T. R. 40,4.	
	1 ore 30	T. R. 41,4.	

L'animale è tolto per due ore.

3 ore 30	T. R. 38,8.	La coniglia è posta nella stufa.	
4 ore 30	T. R. 40.		
5 ore 30	T. R. 40,8.		
6 ore	T. R. 40,8.		

La coniglia è tolta fino all' indomani mattina. Stufa regolata a 36.

24 luglio 9 ore 30 T. R. 39,4. Posta nella stufa.
10 ore 30 T. R. 40,2.
11 ore 30 T. R. 40,6.
12 ore T. R. 40,8.

La coniglia è ricollocata nella capanna e lasciata in riposo. — Essa si sgrava il domani 25 luglio di 9 piccoli a termine; 6 sono vivi, 3 sono morti, ma non macerati. Noi siamo autorizzati ad attribuire la causa della morte a movimenti disordinati fatti dalla madre nella sua stretta gabbia.

Esperienza XIV. — Bella coniglia picchiettata, fecondata il 27 giugno. Stufa riscaldata a calore secco.

21 luglio 9 ore 5 Stufa 30° T. R. 39,6. Comincia il momento della messa in stufa.
10 ore 35 » 31° » 40,2.
11 ore 35 » 36° » 41.
12 ore 30 » 33° » 41,4.

L'animale è tolto dalla stufa.

3 ore 5 Stufa 30° T. R. 39,6. Rimessa nella stufa.
5 ore 50 » 34° » 41.
7 ore 20 » 35° » 41,9.

La coniglia è ritirata.

A 7 ore 35 la temperatura rettale è ancora di 41,2. Essa passa la notte e la giornata seguente nella sua capanna. L'esperimento non è ripreso che il giorno dopo. Stufa regolare a 36.

23 luglio 9 ore T. R. 39,6. La coniglia è posta in istufa.
10 ore T. R. 41,4.
10 ore 30 T. R. 41,6.

L'animale è tolto. A 10 ore 45 la sua temperatura rettale è ancora di 41. L'esperimento è ripreso a:

3 ore 30 T. R. 39,8. Posta nella stufa.
4 ore 30 T. R. 41,6.
5 ore 30 T. R. 42,3.

La coniglia è tolta. A 5 ore 45, la temperatura rettale è ancora di 41,6. L'esperimento è ripreso al domani. Stufa riscaldata a 36.

24 luglio 9 ore 30 T. R. 39,8. La coniglia è messa nella stufa.
10 ore 30 T. R. 40,8.
11 ore 30 T. R. 42.

La coniglia è tolta e lasciata in riposo. Essa si sgrava il 27 luglio esattamente a termine di 7 feticini tutti vivi.

Esperienza XV. — Coniglia bianca, messa insieme al maschio dal 16 al 20 agosto. Peso 4,750 grm. Stufa riscaldata a 30.

15 settembre 11 ore 30 T. R. 39,4. È posta nella stufa.
2 ore T. R. 40,1.
6 ore T. R. 40,9.

Ritirata è messa nella capanna per tutta la notte. Stufa regolata a 34.

16 settembre 10 ore T. R. 39. Collocata nella stufa.
11 ore 30 T. R. 40.
1 ore 30 T. R. 40,5.

L'animale anelante è ritirato e posto nella capanna fino all'indomani. Stufa regolata a 33.

17 settembre 10 ore T. R. 39. La coniglia è rimessa in esperimento.
11 ore 30 T. R. 40.
1 ora 30 T. R. 40,5.

La coniglia ansante è tolta e posta nella sua capanna è lasciata in riposo,

Essa partorisce il 18 settembre sette feticini; sei perfettamente vivi ed uno morto non macerato.

Esperienza XVI. — Cavia gravida, pesante 900 grammi. Stufa regolata a 33.

17 settembre 10 ore 30 T. R. 38,8. Vien messa nella stufa.
11 ore 30 T. R. 40,5.
1 ora 30 T. R. 41.

Ritirata fortemente oppressa è rimessa nella capanna bene areata fino al domani.

18 settembre 2 ore 30 stufa 30 T. R. 39,2. È collocata nella stufa.
5 ore 30 » 33 T. R. 40.

Tolta dalla stufa è lasciata in riposo per 2 giorni. Stufa regolata a 35.

20 settembre 10 ore T. R. 38,7 posta in esperimento.
11 ore 30 T. R. 40,2.
2 ore 30 T. R. 40,2.
7 ore 15 T. R. 40,6.

Tolta è messa nella capanna fino al giorno dopo. Stufa regolata a 35.

21 settembre 9 ore 30 T. R. 39 posta nella stufa.
5 ore 15 T. R. 39,8

Ritirata è lasciata 2 giorni in riposo. Stufa riscaldata a 35.

24 settembre 9 ore T. R. 38,8. Messa nella stufa.
11 ore 30 T. R. 40.
4 ore 35 T. R. 49,4.

Ritirata la cavia fino all'indomani. Stufa regolata a 35.

25 settembre 9 ore T. R. 38,9. Messa ancora in esperimento.
2 ore T. R. 40,2.
6 ore T. R. 42.

Tolta dalla gabbia è lasciata in riposo in attesa del parto.
L'animale si sgrava di due feticini vivi e con tutti i caratteri

della maturità. In questi ultimi sette esperimenti, la temperatura della stufa è stata sempre inferiore e frequentemente di molto alla temperatura normale dell'animale medesimo.

	Temp. della stufa	Temp. iniziale dell'animale
Esp. X	31 a 33	39,2
» XI	35 a 37	39,2
» XII	35 a 37	39,2
» XIII	30 a 36	39,8
» XIV	30 a 36	39,6
» XV	30 a 34	39,4
» XVI	30 a 35	38,4

Operando di tal maniera gli animali si riscaldarono meno rapidamente e noi potemmo prolungare le sedute dell'ipertermia.

Esp. X	durata dell'esperimento	23	ore	in	3	riprese.
» XI	»	19	»		3	»
» XII	»	13	»		3	»
» XIII	»	20	»		6	»
» XIV	»	14	»		5	»
» XV	»	15	»		3	»
» XVI	»	39	»		6	»

Tutte le madri hanno sopportato per una durata superiore di un'ora la temperatura rettale di 41,5. La maggior parte l' hanno raggiunta e anche oltrepassata a più riprese. Tutte hanno anche raggiunto la temp. di 42 nella cavità del retto: quattro l' hanno oltrepassata, una di esse è arrivata al disopra di 43.

Esp. X	7	luglio	5	ore		temp. rettale	42.
» XI	10	»	5	»	20	»	43,3.
» XII	10	»	6	»	15	»	42,5.
» XIII	22	»	12	»	45	»	42.
» XIV	23	»	5	»	30	»	42,3.
» XV	16	sett.	2	»		»	42,1.
» XVI	25	»	6	»		»	42.

Tutte le nostre femmine in esperimento hanno partorito esattamente a termine dei figli vivi, salvo raramente alcuni morti accidentalmente durante il parto.

CONCLUSIONI.

Prima di trarre conclusioni personali dai nostri esperimenti, ci sia concesso segnalare per un'ultima volta la opposizione flagrante tra i risultati di Runge ed i nostri.

1º punto. — Non abbiamo elementi tali da confutare seriamente la prima conclusione di cotest'autore, cioè che « la temperatura « del feto è sempre superiore a quella della madre di qualche « decimo di grado, anche quando la materna è inferiore alla « norma; » ma noi non possiamo ammettere le sue ultime due conclusioni che sono anche molto più importanti.

2º punto. — Infatti niun esperimento ben condotto prova che il feto muore molto tempo prima della madre. È anzi permesso presumere, dato il violento trauma dell'operazione cesarea nel periodo agonico della madre che il medesimo basti per uccidere il feto.

È vero che abbiamo trovato i piccoli morti ogni qual volta facemmo la operazione cesarea dopo la morte della madre; ma viceversa quando la madre fu sparata tuttora viva e agonizzante, abbiamo avuto feti perfettamente vivi.

3º punto. — Infine gli esperimenti tutti, nei quali lasciammo vivere le madri, dimostrano nettamente che una temp. di 41,5 non è sempre mortale per il feto. Runge aggiunge che basta duri qualche istante perchè i piccoli muoiano: nei nostri esperimenti durò spesso ore intiere e i feti vennero tuttavia vivi. (Esp. 2, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

Il solo dei nostri esperimenti che sia in opposizione apparente con gli altri, e che sembra in accordo con i risultati di Runge, è l'Esp. IX. Per altro non ci sembra che se ne possano trarre conclusioni ben fondate. In questo esperimento, è vero, l'animale ha sopportato una temperatura rettale superiore a 41,5, ed avendo sopravvissuto e partorito feti che erano morti e macerati, ciò che sembrerebbe confermare che il feto muore per il fatto della temperatura prima ancora che la madre soccomba ella stessa, e che una temperatura materna di 41,5 è mortale per il feto. Ma considerando che la temperatura della madre è arrivata alla cifra eccessiva di 44,2, ch'essa è stata mantenuta per più di due ore al disopra di 43,5, si converrà che queste sono cifre anormali, e che in tal caso la morte dei feti deve essere attribuita a un colpo reale di calore e non più alla febbre sperimentatrice.

Dal complesso di questi fatti noi ci troviamo autorizzati a trarne le seguenti conclusioni sperimentali:

1.° Le elevate temperature ottenute per mezzo di un eccessivo riscaldamento brusco e prolungato, sono rapidamente mortali ed uccidono la madre ed il feto.

2.° Una temperatura di 41,5 a 42 non determina negli animali in esperienza alcun fenomeno morboso grave, e non produce giammai la morte del feto.

3.° Una temperatura di 43 ottenuta per mezzo di un riscaldamento lento e progressivo, e mantenuta per poco tempo, di maniera ch'essa non possa aumentare soverchiamente non produce pericolosi resultati sotto il doppio punto di vista e dell'andamento della gravidanza e della vitalità del feto.

4.° L'ipertermia sola è insufficiente per provocare l'aborto e il parto prematuro, poichè in alcun caso in cui le madri soccombettero all'azione del calore, o che vi resistettero, noi non abbiamo osservato prodursi questi accidenti.

5.° Infine, onde por fine, diremo che esistono grandi differenze individuali fra gli animali della medesima specie, tanto dal lato della temperatura normale, che può variare d'un grado ed anche più, quanto sotto il punto di vista della rapidità del riscaldamento e dei gradi d'ipertermia acquistati in un tempo dato e ad una temperatura determinata.

(*Trad. della signorina* E. Bertocchi).

RASSEGNA

Quale prova della sempre maggiore innocenza della laparotomia come si compie oggidì riferiamo dal *British medical Journal* 28 giugno quanto segue: « Cinque casi di « gravidanza estra-uterina operati al momento della rot- « tura della cisti » da **Lawson Tait F. R. C. S. Edim. e Ingh.** Chirurgo al Birmingham and Midland hospital per le donne.

Essendo imminente sulla patologia e cura della gravidanza estra-uterina la discussione che si dovrà tenere a Belfast, m'importa di mettere innanzi questa, ch'io credo prima serie di gravidanze fuori uterine operate nel momento della rottura della cisti, ossia dalla 10ª alla 13ª settimana dopo la fecondazione. Molti di noi sono famigliari con i drammatici accidenti analoghi a quello dell'attrice da teatro che al Bosco di Boulogne, a Parigi, moriva quasi improvvisamente per emorragia da un seno venoso apertosi nella rottura di una precoce gravidanza tubarica. Io fui abbastanza *sfortunato* per vederne un grande numero di casi, da 25 a 26, e in quest'ultimo tempo incoraggiato da' miei buoni successi nella laparotomia per altre malattie addominali volli sperimentare se, e quanto potesse fare la chirurgia in codesti casi.

Certo per una siffatta cura la difficoltà precipua è la diagnosi; ma siccome ora ho adottato completamente il principio di aprire sempre l'addome quando sintomi addominali mi fanno giudicare in pericolo un'ammalata, così l'ostacolo della diagnosi si trova tosto rimosso. D'altronde la diagnosi non è poi sempre tanto difficile, chè molte volte la gravidanza venne sospettata prima che si facesse la rottura della cisti.

Nella maggioranza dei casi ci troviamo, è vero di fronte alla circostanza imbarrazzante che segue; o la paziente non fu mai gestante, o non la fu da molti anni, e allora l'amenorrea non fissa la loro spe-

ciale attenzione. Tuttavia se si trova che la paziente fu per 8 settimane, o più, amenorroica, che esiste a un lato dell' utero una massa pelvica che fissa l' organo, e che improvvisamente insorgono gravi sintomi di disordine pelvico e di emorragia, si può subito sospettare la rottura di una tuba uterina gestante, e se un atto chirurgico dev' essere compiuto,.... e lo dev' essere evidentemente, esso dev' essere fatto senza ritardo. Il sollecito intervento è precipuo elemento di buon successo nella moderna chirurgia addominale.

Il 1° caso per il quale fui chiamato dopo ch' io aveva fissata nel mio spirito la linea di condotta i sifatti casi, occorse il 17 gennaio 1883, nella pratica del Dott. Spackman di Wolverhampton. Egli aveva già posta la sua diagnosi, e mia opinione fu che la medesima fosse correttissima. La paziente non aveva più partorito da parecchi anni, ed era amenorroica da circa 11 settimane quando si presentarono i sintomi della rottura.

Al momento del mio arrivo la trovai pallida per emorragia, e la sua pelle mostrava quel particolare colorito ch' è caratteristico dell' effusione sanguigna nel peritoneo. Nella pelvi, a sinistra dell' utero ch'era fisso, si sentiva distintamente una intumescenza; l'addome teso, e l'ammalata molto sofferente. Sebbene temessi che l'intervento giungeva troppo tardi, giudicai tuttavia il caso ancora operabile, e immediatamente m' accinsi all'opera. Aprii l' addome e trovai grancopia di grumi formatisi da sangue effuso dalla rottura della tromba sinistra gravida. Mi adoprai quanto potei per fissare i margini della lacerazione a quelli della ferita, ma ogni tentativo dava emorragia di guisa che dovetti desistere senz' altro tentare per rimovere feto e porzione di placenta. La paziente non riacquistò i sensi, e soccombette poco dopo rimossa dal tavolo da operazioni.

Il 1° di marzo 1883 vidi con il Dott. Page di Solihull una paziente non più gestante da molti anni, ch' era ora amenorroica da circa 3 mesi, e che portava una massa dura e fissa nella pelvi. Essa aveva polso celere, temperatura febbrile e molto dolore. Proposi l'operazione mediante la quale trovai l'addome pieno di grumi. La tromba destra s'era rotta, e dalla breccia protendeva la placenta: legai ed escisi la tromba; cercai quindi dappertutto il feto, ma non mi riuscì trovarlo; supposi si fosse innicchiato nella matassa, intestinale e che vi sarebbe stato assorbito: certo è che non venne più veduto dopo. La operata ebbe una lunghissima convalescenza, ma ora sta ottimamente.

Il 9 aprile 1884 aprii l' addome in una donna che aveva veduto pochi giorni prima con il Dott. I. W. Tailor di Moseley, Birmingham.

Essa presentava la fenomenia di un'acuta infiammazione pelvica, gli organi pelvici fissi, e una massa dietro e a destra dell'utero. Anch'essa non aveva più concepito da molti anni. L'ammisi nel mio spedale privato, ed è probabilmente durante la operazione che la rottura si fece. Trovai l'addome pieno di siero sanguinolento e grumi freschi: la tromba sinistra era distesa dalla placenta che protrudeva dalla breccia. Legai ed esportai la tuba, ma non potei rinvenire il feto. Essa guarì presto e facilmente.

Il 25 maggio operai nell'ospedale per le donne, una paziente di 27 anni, che aveva partorito 2 volte, l'ultima or sono 3 anni. Mestruazione regolare fino a 3 mesi fa. Accusa dolore pelvico da qualche settimana, ed è andata sempre peggiorando. Trovai l'utero fisso, e una grossa intumescenza piuttosto tesa a sinistra; giudicai potesse trattarsi di piosalpingx. All'atto operativo trovai che la tuba sinistra s'era rotta, e v'era considerevole copia di grumi mollicci nell'addome. Il feto giaceva nel fondo pelvico pendente dalla placenta rimasta nella tuba: questa era aderente a' tessuti circonvicini, ma fu agevol cosa isolarla, legarla, ed esciderla. Guarì presto e bene, ed ha lasciato lo spedale.

Il quinto caso mi occorse or ora: curiosa sequela di casi eccezionali. A. M. 34 anni, maritata da 15, ebbe 4 parti, l'ultimo 6 $^1/_2$ anni or sono. L'ultima sua mestruazione ai primi di aprile: nel maggio u. s. intenso attacco di dolori addominali che vanno crescendo di forza fino al 3 giugno. Trovai l'utero fisso con una intumescenza pastosa a sinistra. L'addome teso inarcato indicante l'inizio della peritonite, temperatura elevata, polso celere, dolori intermittenti fortissimi, fisionomia ansiosa. Laparotomia il 5 giugno che mi fa trovare gli organi pelvici conglutinati da linfa recente e grumi di sangue, e la tuba sinistra, divisa quasi in due, occupata da una placenta di circa 10 settimane, non mi fu dato trovare il feto. Legai ed escisi la tromba, misi un *drain* pelvico e la operata guarì presto e bene.

Questi casi tutti confermano la opinione da me or sono molti anni espressa sulla patologia della gravidanza extra-uterina, *che la origine prima sia sempre tubarica*, e che le varietà dipendono soltanto dal punto e dalla direzione in cui si fa la rottura della cisti. I risultati poi confermano la bontà e il valore del pronto intervento in sifatte contingenze, avvegnachè 4 su 5 guarirono presto, facilmente e bene da una delle più tremende condizioni anormali della gravidanza. E forse il 1°, e il solo terminato fatalmente, avrebbe avuto esito migliore se il Dott. Spackman fosse stato chiamato a vederla più presto.

SOCIETA' ITALIANA DI OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

Crediamo non inutile pubblicare anche nel giornale le due circolari che seguono spedite ai soci nell'agosto e nel c. m.

Firenze, 25 *agosto* 1884.

Il sottoscritto invita la S. V., quale socio fondatore, alle riunioni che si terranno dal 20 al 25 settembre in Torino, alle 3 pom., di ciascun giorno del detto periodo, nelle sale del R. Istituto Ostetrico, via S. Massimo, 33 — via dell'Ospedale, 40.

Sono iscritti per letture o comunicazioni verbali e in ordine di data della iscrizione i Soci:

1.° Dott. *Giovanni Inverardi* (Torino) — Intorno ad alcuni casi di embriotomia.

2.° Prof. *Domenico Chiara* (Firenze) — A) Sull'antisepsi puerperale indiretta. — B) La menopausa artificiale o chirurgica come cura de' fibromi dell'utero e de' disturbi che si associano a codesti tumori (operazione Battey-Tait).

3.° Prof. *Giuseppe Corradi* (Firenze) — A) Estrazione di corpi stranieri dalla vescica muliebre. — B) Modificazioni a processi operativi per la fistola genito-urinaria nella donna. — C) Cura elettrica delle metropatie.

4.° Prof. *Domenico Tibone* (Torino) — Considerazioni sulla patogenesi e sulla cura dell'eclampsia.

5.° Dott. *Filippo Lessona* (Torino) — Sull'uso del sublimato corrosivo in ostetricia.

6.° Prof. *Giovanni Calderini* (Parma) — Dimostrazione di alcuni preparati microscopici.

7.º Dott. *Vincenzo Cicconi* (Senegaglia) — A) Valore delle pudende nelle malattie uterine. — B) Amputazione graduale del collo dell'utero. — C) Di uno strettoio (Klamp) elastico per il trattamento esterno dei grossi peduncoli

Sarebbe stato bene che ogni iscritto avesse associato al titolo della comunicazione un sunto conclusionale: due soltanto, il Prof. Chiara ed il Dott. Cicconi avendo ciò fatto, per amore della uniformità, si sopprimono le loro proposizioni riassuntive. L'Ufficio di Presidenza giudicherà, volta a volta, delle domande per letture o comunicazioni, che non vennero preventivamente notificate, tanto dei soci fondatori quanto degli estranei. — Per norma della S. V. si ricorda che hanno il titolo di socio e il diritto a portar la parola nelle riunioni della Società, coloro soltanto che avranno soddisfatto al contributo sociale non più tardi del 15 settembre.

Il Presidente del Comitato
Prof. D. Chiara.

Firenze, 6 *settembre* 1884.

Contrariamente alle nostre previsioni e speranze, il Congresso della Società Italiana di Chirurgia è rimandato a ottobre dal 6 all'11. — Questo per altro non ha modificato alcuna delle ragioni che avevano fatto desiderare contemporanee le riunioni delle due Società di Chirurgia e di Ostetricia nella considerazione specialmente che non pochi appartengono alle due Società: per ciò si crede conveniente rimandare al 6 ottobre anche la riunione della nostra Società e se ne dà avviso alla S. V. per sua norma.

Quanto venne stabilito con la circolare 25 agosto u. s. rispetto al luogo e all'ora rimane; il tempo per il pagamento del contributo sociale, e della iscrizione per comunicazioni è invece protratto fino al 30 settembre c. m., — immutato rimanendo l'ordine relativo a quelli che chiesero la iscrizione fino al 15 agosto.

Il Presidente
Prof. Domenico Chiara.

CONGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE DI COPENAGHEN

Sezione ostetrico-ginecologica.

Per difetto di spazio rimandiamo a un altro numero la rassegna delle comunicazioni e letture fatte in questa sezione dandone per oggi il semplice elenco.

1.ª Cura dei miomi dell'utero mediante la laparotomia — Kœberlé (Strasburgo).

2.ª Cura elettrica de' miomi uterini — Apostoli (Parigi).

3.ª Distruzione de' tumori dell'utero mediante la puntura elettrolitica — Menière (Parigi).

4.ª La ooforectomia quale rimedio contro i tumori dell'utero — Wiedow (Freiburg).

5.ª La operazione cesarea e le sue modificazioni — Müller (Berna).

6.ª Confronto tra la embriotomia, la operazione cesarea classica, e la operazione Porro, nelle viziature pelviche — Eustache (Lilla).

7.ª Le contrazioni intermittenti dell'utero nella diagnosi della gravidanza e sue complicanze — Braxton-Hicks (Londra).

8.ª L'antisepsi nella laparotomia — Mikulicz (Cracovia).

9.ª Nomenclatura internazionale in Ostetricia — Simpson (Edimburgo).

10.ª Valore e significato dell' albuminuria nella donna gestante — Halbertsma (Utrecht).

11.ª Di talune difficoltà diagnostiche prodotte dall'ipertrofia della cervice uterina — Howitz (Copenaghen).

12.ª Cura chirurgica della gravidanza extrauterina — Werth (Kiel).

13.ª La ovariotomia precoce — Knowsley Thornton (Londra).

14.ª Governo del 3° periodo del parto (Liberazione) — Stadfeldt (Copenaghen).

15.ª Lateroposizioni congenite dell'utero — Lazarevitch (Kharkoff).

16.ª Statistica della febbre puerperale in Danimarca — Ingerslew (Copenaghen).

17.ª La Ooforectomia quale rimedio contro le malattie nervose e mentali — Hegar (Friborgo).

18.ª Adenolinfangite uterina — Martineau (Parigi).

19.ª Nuova cura elettrica della perimetrite — Apostoli (Parigi).

20.ª Escisione parziale del peritoneo — Saenger (Lipsia).

21.ª Cura della febbre puerperale con i bagni freddi — Vincent (Lione).

22.ª Cura chirurgica della iperplasia dell'utero e della vagina, ecc. — Gordon (Portland).

23.ª Nuovo modo di perineoplastica — Mercy (Boston).

24.ª Considerazioni fisiologiche e patologiche sulle donne dell'oriente — Zambaco (Costantinopoli).

Come veggono i lettori, le comunicazioni non furono molte e le novità sono poche, nè molto importanti.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume VI. Ottobre 1884 N. 10.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

21 CASI DI ISTERECTOMIA TOTALE

ESEGUITI

dal Prof. G. F. NOVARO

e pubblicati dall'Assistente

Dott. A. CAPONOTTO

L'egregio Prof. G. F. Novaro, di cui ebbi l'onore e la fortuna di essere assistente, praticò, nel periodo di tre anni (1881-1883), nella Sezione Chirurgica da lui diretta, all'Ospedale Maggiore di San Giovanni di Torino, il bel numero di 21 estirpazioni totali dell'utero per epitelioma. L'operazione venne fatta una volta sola per la via del ventre ed in tutti gli altri casi per la via della vagina. Il risultato delle operate di cui darò in appresso le relative storie in dettaglio fu il seguente:

Dieci donne morirono per le conseguenze immediate e mediate dell'operazione; cinque morirono più tardi per la recidiva del neoplasma; tre con manifesta recidiva vivono tuttora; tre vivono senza recidiva. Queste cifre in apparenza molto sconfortanti, analizzate, esaminate più da vicino lo diventano in realtà assai meno e perdono molto del loro terrore.

Sgraziatamente nel nostro paese si è molto indifferenti, molto inattivi dinanzi a tutte quelle operazioni il cui esito non è sempre coronato da stabile e completo successo. Si vorrebbe ad ogni operazione un trionfo e perciò nei casi gravi si preferisce di abbandonare a sè il malato. Basti citare quanto pochi credono degna di tracheotomia la laringostenosi difterica, quanto poco entusiasmo

destino le affezioni croniche delle ossa e delle articolazioni che pur talvolta rispondono così soddisfacentemente ad un ben adatto intervento chirurgico.

Questo, secondo me, è grave colpa, non dovendosi giammai abbandonare il paziente che a noi si affida, se realmente e assolutamente ogni speranza di salvezza non sia perduta.

L'epitelioma dell'utero, infermità gravissima, deve forse essere abbandonata a sè del tutto? La donna colpita deve essere abbandonata al decorso fatale della malattia? Colle viste presenti dell'anatomo-patologia, abbandonate le teorie diatesiche, stabilita la natura locale dei tumori, certo deve sempre esistere un momento in cui il tumore primitivo è la sola e tutta la malattia, onde il chirurgo potrebbe sempre guarire di tal morbo una donna, purchè questa gli si presentasse in tempo. Ecco dunque la questione già spostata. Non si tratta più di fare o di non fare, ma del tempo in cui si deve operare. Trarre le indicazioni precise dell'operabilità o meno di un dato epitelioma uterino, ecco il nodo. Ma qui finora quanto poco di preciso, quanto diverse le idee degli autori.

Certo il miglior criterio per determinare l'operabilità o meno di un epitelioma dell'utero dovrebbe partire dall'anatomia patologica e cioè un epitelioma dell'utero dovrebbe operarsi quando si sia certi di esportare coll'operazione tutto il male. Ma quando è questo? Possiamo noi sempre sapere se un dato epitelioma dell'utero, per le molteplici vie di cui può disporre, abbia o non già infettate regioni più lontane? E d'altra parte se questo sia possibile al tavolo anatomico è egli possibile colla malata vivente i cui nodi secondarii ai gangli linfatici od altrove il più delle volte non sono palpabili? Quindi io credo che nelle condizioni presenti il clinico sia sempre autorizzato ad operare, qualora, non avendo constatato colle sue indagini metastasi lontane, egli trovi di potere estirpare coll'operazione tutto il tumore locale. E questa possibilità è dimostrata ed esiste quando l'utero sia libero a sufficienza nei legamenti larghi e conservi molta parte della sua mobilità. Naturalmente si tratta di due momenti molto elastici e dove c'entra molto di mezzo anche l'abilità dell'operatore, onde taluni credono di poter operare ancora con una mobilità dell'utero che altri non crederebbe più sufficiente e viceversa. Quindi anche qui come per molte altre operazioni la difficoltà di voler indicare dei limiti precisi ai quali debba assoggettarsi il chirurgo. La coscienza

in generale di sapere condurre a termine un'operazione malgrado molteplici difficoltà è quella che guida il chirurgo e lo spinge a porsi al cimento. Quindi nessuna indicazione più semplice e più pratica di questa, cioè di operare sempre qualora si creda di poter condurre a termine l'operazione estirpando tutto il tumore locale. Del resto dalla casuistica delle storie che seguono, meglio che da questi cenni generali il lettore potrà farsi un concetto abbastanza preciso delle indicazioni migliori all'operazione.

Dato quindi un epitelioma dell'utero vuoi del collo vuoi del corpo e nelle condizioni di operabilità accennate, il chirurgo è autorizzato ad intervenire con un'operazione, è anzi in obbligo d'intervenirvi.

Nè lo scusa la possibilità dell'esistenza di nodi secondarii di cui non abbia accertato la presenza, non potendone altrimenti essere sicuro e che d'altra parte se impediscono una guarigione radicale, non si oppongono a che, tolte di mezzo le emorragie e lo scolo di marcia, le malate migliorino di fatto.

Naturalmente bisogna pur pensare al pericolo di vita a cui si espone la donna; ma questo pericolo non è punto maggiore che in altre simili operazioni, quando le condizioni dell'utero permettono un'operazione facile e pronta, ciò che deve essere se il chirurgo siasi assicurato della libertà dei legamenti larghi e della mobilità dell'utero sufficiente. Solo rare volte malgrado una certa infiltrazione dei legamenti larghi e scemata mobilità dell'utero potranno trarsi in campo altre considerazioni, altre circostanze, quali l'età, lo stato di salute della donna, l'andamento del tumore, le emorragie, i dolori, la volontà stessa della malata e tutto ponderato, bilanciato, vedere se il pericolo maggiore a. b. c. della vita con minore prospettiva di guarigione radicale, sia compensato dai vantaggi d. e. f. dell'operazione e possa quindi ancora essere permessa.

Stabilita così la razionalità dell'operazione ed i limiti entro cui deve essere fatta si presenta subito al clinico un altra questione alla prima strettamente collegata: devesi sempre estirpare l'utero in toto o non basta alcune volte un'estirpazione parziale? La risposta, secondo me, non è difficile; se il tumore è limitato ed il coltello del chirurgo può cadere a buona distanza dal tumore su tessuti sani, veramente non saprei il perchè si dovrebbe demolire tutto l'utero.

I molteplici pezzi da noi esportati e che ho sempre scrupolosa-

mente esaminato, mi hanno sempre dimostrato l'estendersi del tumore per continuità dal basso in alto o dall'alto in basso secondo la sede primitiva dell'epitelioma, ma giammai dei nodi secondarii al corpo dell'utero qualora il tumore primitivo fosse al muso di tinca o viceversa.

Abbiamo invece osservato talvolta delle metastasi ai gangli linfatici prima che il tumore avesse superato il limite della porzione sottovaginale stessa, trattarsi quindi di un caso che se non guarito avrebbe un'amputazione parziale del collo, non lo avrebbe neppure guarito un'amputazione totale, ma colla differenza di una operazione nel primo caso assai meno grave che nel secondo.

D'altra parte voglio qui recare la storia di una donna operata, in marzo del 1882, d'amputazione conoide del collo dell'utero e che vive tuttora libera di recidiva:

Cravero Valentina, d'anni 47, portinaia, entra nella nostra sezione il 19 marzo 1882.

Senza precedenti gentilizii, mestruata regolarmente, prese marito a 22 anni ed ebbe un solo figlio che allattò ella stessa e che vive tutiora.

Godette sempre buona salute e non sono che quattro mesi che la incolgono dolori profondi al basso ventre, che ha delle perdite irregolari di sangue ed ultimamente negli intervalli, scolo di materie biancastre.

All'esame dei genitali si nota che il muso di tinca è convertito in un ammasso di vegetazioni carnose che riempiono e distendono il fondo della vagina. L'orifizio esterno del collo non è più riconoscibile. Le suddette vegetazioni carnose si arrestano a distanza di circa un centimetro dell'inserzione della volta vaginale al collo.

29 marzo. — Si fa l'amputazione conoide del collo dell'utero col termocauterio del Paquelin.

Guarisce senza accidente, ed il 1° di maggio esce dell'Ospedale.

L'esame microscopico del tumore confermò la diagnosi di epitelioma.

Noi abbiamo riveduto spesso questa donna all'ambulatorio e sino a tutt'oggi si conserva in ottimo stato di salute e senza traccia di recidiva.

Casi consimili sono però molto rari, dappoichè in genere le nostre donne si presentano molto tardi al chirurgo. Quasi sempre si trova il tumore già esteso molto in alto verso l'orifizio

interno, da non potere più essere sicuri di estirpare tutto il male con un' amputazione parziale, ovvero si trova il tumore già invadente i legamenti larghi e quindi non più operabile nè coll'amputazione parziale nè colla totale.

Caso 1.° — Virano Teresa, d'anni 45, contadina, entra nell' Ospedale il 14 maggio 1881.

È nubile. Ebbe i snoi primi mestrui a 15 anni e le durarono regolari fin verso l'età di 25 anni, quando si fecero più frequenti e più abbondanti mantenendosi a questo modo fino a due anni fa. A quest' epoca ebbe a notare uno scolo quasi continuato di sangue dai genitali, spesso commisto a materie biancastre ed accompagnato in seguito da forti dolori intimi nel basso ventre ed ai lombi. Dal principio dell' anno stremata di forze pel molto sangue perduto dovette rinunziare ad ogni occupazione e la maggior parte del tempo tenere il letto.

Stato presente. — Il collo dell'utero è ingrossato ed il suo orifizio esterno ammette l'apice del dito che riesce a raggiungere la cavità del corpo dell'utero. La metà superiore del collo e tutta la cavità del corpo sono rivestite di grosse escrescenze carnose, dure al palpamento, facilmente lacerabili e sanguinolenti. L' utero è molto ingrossato ed il suo fondo arriva a tre buone dita al di sopra del pube. Relativamente al volume gode di una discreta mobilità. A destra ed a sinistra del collo, dai fornici laterali non si incontra nessuna durezza particolare.

Proposta ed accettata l'operazione, la paziente venne preparata secondo i consigli dati dal Bardenhauer e l'11 di maggio si procedette all'estirpazione totale dell'utero che venne eseguita secondo il metodo del Freund modificato dal Bardenhauer. L' operazione venne fatta sotto nno spray ad acido salicilico 1 : 300 e con tutte le cautele antisettiche.

La donna muore tre ore dopo l' operazione per emorragia secondaria.

All'autopsia si trova l'arteria uterina destra beante. Nella fossa iliaca interna sinistra e lungo la colonna lombare dello stesso lato si trovano parecchi ganglii linfatici ingrossati, invasi dagli elementi costitutivi del tumore.

L'utero esportato aveva un volume quadruplo del normale; il neoplasma esteso a tutto il corpo ed alla parte superiore del collo è costituito da grossi elementi epiteliali cilindrici.

Or bene secondo i criteri generali dianzi espressi dovevasi o non operare questa donna? L'utero era assai grosso, ma mobile, i legamenti larghi erano liberi, la malata era esangue per le continue emorragie e reclamava un intervento; i gangli linfatici non erano sensibili. L'operazione era dunque fattibile, nè si avevano dati certi per credere ad una metastasi del tumore; quindi l'intervento era giustificato. Il tavolo anatomo-patologico provò il contrario, giacchè dimostrò abbondante la diffusione del tumore; ma che perciò se il chirurgo nol poteva sapere e se tentò inutilmente di salvare la donna? L'operazione che doveva riuscire per lo meno innocua ebbe un esito infausto per un mero accidente operatorio, e qui solo sta il brutto della questione, ma non è a riguardarsi.

Il chirurgo aveva dinanzi a sè un'operazione che poteva guarire la donna, o fallendo il tentativo di guarigione radicale, poteva migliorarla togliendo di mezzo le emorragie, od ancora poteva per lo meno non nuocerle; orbene con queste tre condizioni: possibilità di guarire radicalmente, di migliorare anche temporaneamente, di non nuocere (ossia possibilità di eseguire regolarmente l' operazione) il chirurgo non deve esitare, il suo intervento è un obbligo.

La scelta in questo caso del metodo del Freund fu una necessità e non altro determinata dal volume del tumore e per dirla di passata credo che solo nel caso di impossibilità di estirpazione per la vagina si deva ricorrere alla via del ventre, via però che quantunque molto più pericolosa della vaginale non deve essere lasciata intentata in presenza di casi consimili al nostro.

Caso 2.° — Diana Giuditta, d'anni 44, di Carmagnola, entra all'Ospedale l'11 febbraio 1881.

Senza precedenze degne di nota è malata da un anno con scolo marcioso sanguinolento della vagina e dolori ai lombi, senso di stanchezza generale, ma specialmente agli arti inferiori. È notevolmente dimagrata. Regolari le funzioni della vescica e dell'alvo. Diminuito invece l'appetito e le digestioni sono stentate.

Esame obbiettivo. — Collo dell'utero un po' ingrossato, ma non ulcerato esternamente; corpo d'un terzo almeno più voluminoso del normale e leggermente dolente alla pressione. Orifizio esterno del collo dilatato da ammettere l'apice del dito, col quale si sente

la cavità cervicale occupata da una massa fungosa facilmente lacerabile e sanguinante. Niente di anormale in corrispondenza dei legamenti larghi.

Dopo avere praticato per alcuni giorni ripetute irrigazioni vaginali con soluzione fenica debole, e d'aver preparato la paziente con purganti e cartine di magistero di bismuto ed oppio ed altre di clorato potassico, secondo i consigli del Bardenhauer il 25 febbraio si passa all'operazione.

Cloroformizzata la malata si lava con soluzione fenica debole la vagina, e si stira in basso il muso di tinca con una pinza Museux che si sostituisce poi con due anse di filo di seta. Si chiude con sutura intercisa l'orifizio esterno del collo uterino dopo d'avervi introdotto un batuffolo di cotone imbevuto di cloruro di zinco al 8 per %.

Si incide il fornice anteriore e separando col dito la vescica dal collo uterino si apre il cavo peritoneale vescico-uterino.

Si cerca di uncinare il fondo del corpo dell'utero per rovesciarlo, ma si lacera a più riprese ed allora inciso il fornice posteriore si apre il cavo peritoneale uterovagino rettale e si cerca di ottenere posteriormente il capitombolo che pure non riesce, gli uncini non tenendo la presa.

Allora si incidono i fornici laterali e si va così passo passo isolando il collo ed il corpo dell'utero, legando i vasi sanguigni mano mano che vengono recisi. Così si isola l'utero prima a destra e poi a sinistra senza avere una perdita notevole di sangue. Durata dell'operazione un'ora e un quarto.

Estratto l'utero si lava il cavo del Douglas e la vagina con soluzione salicilica 1 : 300 a 40° C., si mette un tubo di drenaggio pescante nel cavo del peritoneo e si zaffa la vagina con garza fenica.

Portata la paziente a letto si ha poco dopo l'operazione T. 36. P. 100 e piccolo; conati di vomito e vomiti.

Si fa il cateterismo ogni tre ore.

Cinque ore dopo l'operazione la temperatura ascellare segna 38 per cui si fa una irrigazione vaginale di soluzione salicilica tiepida che si ripete ogni due ore mantenendosi sempre la T. fra 37,8-38,2. Ad ogni irrigazione si osserva però che la paziente si fa pallida, si cuopre di sudore freddo e che il polso diviene impercettibile, quantunque l'irrigazione sia di breve durata, venendo il liquido presto emesso limpido.

Alle 4 pom. del 26 febbraio, ossia 29 ore dopo l'operazione, la malata muore.

Non fu permessa l'autopsia.

L'esame dell'utero esportato oltre all'aumento di volume già descritto, mostra nel suo interno delle fitte e sottili escrescenze papillari, confluenti le une nelle altre ed occupanti l'intiera cavità del corpo e la porzione sopravaginale del collo. L'esame microscopico dimostrò che il tumore così formato era costituito di cellule epiteliali cilindriche.

Questo caso mancando d'autopsia si presta poco bene a considerazioni epicritiche. Ad ogni modo anche qui l'intervento operativo era giustificato ed il disastro avvenuto sta fra quelli cui il perfezionamento non pur della tecnica operatoria, ma anche della cura successiva delle operate, farà scomparire o per lo meno diminuire.

Noto di passaggio a proposito di questi due tumori del corpo la mancanza di infiltrazione dei legamenti larghi quantunque il tumore primitivo nell'utero fosse molto esteso.

In questo secondo caso fu la friabilità del tessuto del corpo che non prestandosi alle trazioni, rese impossibile il capitombolo dell'utero, e fece difficile l'operazione, mentre dal lato dei legamenti larghi l'utero fu separabilissimo senza difficoltà.

Caso 3.º — Costa Teresa, d'anni 52, da Cuneo, entra il 31 maggio 1882.

Niente di gentilizio. Mestrui sempre regolari. Ebbe un sol parto. Menopausa 4 anni fa. Da 6 mesi ha scolo marcioso sanguigno della vagina.

Esame obbiettivo. — L'estremità del muso di tinca è intieramente occupata da un'ulcera a fondo fungoso vegetante, nettamente limitata all'estremità stessa per cui un centimetro circa ancora della porzione vaginale resta sano. L'utero è nobilissimo ed ha volume normale.

13 giugno. — Preparata la paziente secondo i precetti del Bardenhauer si procede alla isterectomia vaginale.

Si cloroformizza la paziente, si lava bene la vagina con soluzione fenica forte, si afferra il muso di tinca alla sua base con pinze Museux e lo si stira alla vulva. Profonda cauterizzazione

dell' ulcera col termocanterio e poi si incide il fornice anteriore, si distacca col dito la vescica dall' utero e si apre lo sfondato utero vescicale. Si uncina il corpo dell' utero e lo si fa a poco a poco capitombolare in avanti. In allora si legano i legamenti larghi e si recidono all'interno delle legature prima a sinistra e poi a destra e da ultimo si incide dall'indentro all' infuori il fornice vaginale posteriore.

Si lava la vagina e il cavo del Douglas con soluzione tiepida di acido borico al 4 % e introdotto in vagina fin nel cavo peritoneale un tubo di drenaggio a T. si zaffa la vagina con garza iodoformizzata. La paziente viene posta a letto in modo che il bacino resti in posizione declive.

La T. dopo l'operazione è di 37°. P. 80. Nulla di notevole nel resto della giornata.

14 giugno. — Nel pomeriggio avendo T. 37,9 si vuol fare una irrigazione di soluzione borica tiepida attraverso il tubo di drenaggio, ma si deve tosto desistere perchè la paziente accusa dolori, impallidisce, la faccia si cuopre di sudore freddo e il polso si rende impercettibile.

15 giugno. — Si ha T. normale. Si toglie il tubo di drenaggio a T. e si sostituisce con uno di vetro a fondo perforato da piccoli pertugi, attraverso il quale si fa una lavatura vaginale con acqua borica tiepida, che si ripete alcune volte nella giornata. La malata accusa senso di benessere e domanda da mangiare.

17 giugno. — Si leva anche il tubo di vetro, ma si continua a fare due irrigazioni al giorno d'acqua borica tiepida.

La paziente continuò a mantenersi apiretica, in quinta giornata cominciò ad orinare di per sè, ai 20 del mese cominciò ad alzarsi da letto ed il 29 giugno abbandonò l' Ospedale in ottime condizioni. Dopo qualche tempo rivedemmo la paziente e fino ad ora non ci consta che vi sia traccia di recidiva.

L' esame dell' utero esportato trova che il neoplasma interessa unicamente l' apice del muso di tinca e il canale cervicale per il tratto di circa un centimetro. Il tumore è formato da epitelii cilindrici.

Eccoci in presenza di un caso che secondo i criterii precedentemente esposti avrebbe dovuto solo richiedere l' amputazione parziale del collo. L'ulcera è limitata a breve tratto della porzione sottovaginale; la porzione sopravaginale ed il corpo hanno volume e

consistenza normale per cui non accennano minimamente a presenza di altri nodi in queste parti; quindi certezza di estirpare tutto il male raccolto nell'organo affetto colla sola amputazione conoide del collo e dico nell'organo affetto, nell'utero, giacchè le metastasi lontane il più delle volte non sono diagnosticabili e del resto non si potrebbero esportare nè coll'amputazione parziale nè colla totale. D'altra parte noi vedremo nei casi che seguono l'epitelioma della porzione sottovaginale diffuso sempre per continuità più o meno in alto lungo il collo ed anche sin dentro la cavità del corpo, e non mai a salti un ulcera sul muso di tinca, poi un tratto sano del canale cervicale e quindi un'altra ulcera verso l'orifizio interno del collo e nella cavità del corpo. Il perchè se possibile l'estirpazione parziale sia da preferirsi alla totale essendo inutile far correre alla donna il maggior pericolo inerente alla seconda operazione.

Del resto in questo caso, salvo questo maggiore pericolo, che non ebbe conseguenze funeste, è di nessun danno l'aver estirpato in toto l'organo ammalato.

Caso 4.º — Emanueli Rosa, d'anni 36, di Murazzano, entra il 24 giugno 1882.

Nulla di gentilizio. La mestruazione cominciò a 15 anni e fu sempre copiosa. Si maritò a 18 anni ed ebbe un solo parto. Solo da sei mesi la paziente avrebbe notato scolo di materie biancastre e sanguigne dei genitali e solo da 15 giorni soffrirebbe di dolore alle regioni lombari.

Esame obbiettivo. — Della porzione vaginale del collo dell'utero non rimane che un piccolo tratto del labbro posteriore il resto essendo usurato da una ulcerazione che si avanza anche d'alcun poco sulla parete anteriore della vagina e un po' meno sulle pareti laterali. Il fornice posteriore è sano.

I margini dell'ulcera sono duri e sulla parete anteriore della vagina questa durezza si estende fino a circa 3 ctm. dal mento orinario. L'utero gode di minore mobilità trattenuto in basso dalle infiltrazioni del tumore.

10 luglio. — Cloroformizzata la paziente si cauterizza col termocanterio la superficie dell'ulcera e si irriga la vagina con soluzione fenica forte. Impossibile trarre in basso l'utero per cui introdotto in vagina la grossa doccia dell'Herrgott e sollevato

con un uncino il margine posteriore dell'ulcera col piccolo resto del collo dell'utero, si incide il fornice posteriore e si apre il cavo del Douglas. Messa indi una spugna ben pulita in questa incisione e introdotto un catetere in vagina si passa ad incidere la parete anteriore della vagina ad un buon centimetro all' innanzi del margine indurato dell' ulcera.

Si disseca la parete vaginale dall' uretra e dalla vescica e poi questa dall'utero, ma in un punto è giuocoforza escidere un tratto della parete vescicale conglobata col tumore.

Dopo ciò si apre lo sfondato vescico-uterino e poi si fa il capitombolo dell' utero in avanti. Si legano allora e si recidono i legamenti uterini prima a sinistra e poi a destra.

Finita l'operazione, che durò due ore, si medica al solito senza pensare a cucire la ferita della vescica. La paziente essendo molto depressa le si fanno parecchie iniezioni ipodermiche di tintura eterea di canfora.

In giornata la T. oscillò fra 36 e 37,3. Vi furono vomiti frequenti e qualche dolore di ventre per cui si ricorse ad alcune iniezioni di morfina. Una parte dell'orina passa per la vagina, ma la maggior parte vien estratta a mezzo del catetere.

11 luglio. — Continua qualche vomito. La T. raggiunse un massimo alla sera di 39,3, ma ridiscese tosto al mattino seguente a 37,5 e poscia non superò più i 37,8.

13 luglio. — Si leva il tubo di drenaggio a T. che si sostituisce col tubo di vetro, pel quale si fanno giornalmente delle lavature con acqua borica tiepida. Tolti gli zaffi dalla vagina l'orina passa quasi intieramente per questa.

Al principio di settembre la fistola vescico-vaginale presenta la larghezza di circa 3 mm. e le orine non passano più che per la metà della vagina; la si tocca perciò col nitrato d'argento.

Verso la fine del mese viste delle granulazioni fungose sporgere dai margini della fistola, si cloroformizza la paziente, la si esamina per bene, e vista la recidiva del neoplasma già di molto avanzata, si raschiano col cucchiaio, per quanto possibile, tutte le fungosità extra ed endovescicali, si escidono i margini della fistola ad imbuto e si riuniscono con tre punti di sutura intercisa.

Otto giorni dopo si levano i punti di cucitura, ma i margini non hanno adeso per nulla e di nuovo l'orina esce per la vagina.

La paziente deperisce di giorno in giorno ed in principio di

novembre esce volontariamente dell'Ospedale per andare a morire di marasmo in casa sua, ciò che avvenne poi l'11 gennaio 1883.

L'esame del pezzo esportato dimostra macroscopicamente il collo dell'utero usurato imbutiformemente fino all'orifizio interno, in corrispondenza del quale alcune sporgenze papillari penetrano nel corpo dell'utero. Del resto la cavità del corpo è sana.

Il tumore è costituito da cellule epiteliali cilindriche.

Questo è uno di quei casi in cui io credo sarebbe meglio di non più intervenire con un'operazione radicale, e mi piace di poter dir questo per la prima volta di una malata alla quale l'operazione se non giovò, per lo meno non nocque.

L'usura quasi completa della porzione sottovaginale e la sua estensione non indifferente alla vagina, la scemata mobilità dell'utero in basso indicano troppo poca speranza di poter esportare tutto il male locale, da non potersi mettere a paragone coi pericoli dell'operazione i quali certamente sono sempre maggiori quanto maggiori le difficoltà dell'operazione, determinate queste ultime dall'estensione del tumore.

E del resto la storia del caso fa vedere che tutto sommato se la donna non ebbe danno dall'operazione ebbe però ben poco giovamento, quindi fu fatta segno inutilmente a grave pericolo della vita.

Caso 5.° — Passeroni Marta, d'anni 48, entra il 15 luglio 1882.

Una sorella della paziente morì già per epitelioma dell'utero a 59 anni. Ebbe i suoi primi mestrui a 14 anni e preso marito a 17 ebbe tre aborti e tre parti regolari, di cui vivono ancora due figli. La menopausa fu a 43 anni e senza accidenti degni di nota.

La malata venne già operata in dicembre testè scorso di amputazione del collo dell'utero per epitelioma. La ferita non essendo passata a cicatrice e la malata essendo tormentata da dolori ognora crescenti ricorre all'Ospedale.

Stato presente. — In fondo della vagina si palpa un cercine duro che limita un'ulcera approfondantesi a mo' di cratere nella porzione sopravaginale del collo il quale è duro ed ingrossato di tanto da giungere quasi fin contro le pareti del bacino.

Dal retto il collo dà la sensazione di una massa globosa, du-

rissima e poco mobile, non però incorporata coll' intestino retto stesso.

2 agosto. — Preparata la malata, secondo il solito, la si cloroformizza; si lava la vagina con soluzione fenica forte, e si cauterizza l' ulcera col cloruro di zinco al 8 %.

Posta in vagina la larga doccia dell' Herrgott si fa un' incisione circolare tutt' attorno al margine indurato dell' ulcera, un buon centimetro a distanza dal medesimo; si apre il cavo del Douglas e il cavo utero-vescicale, e tentato invano di capovolgere l'utero, si dividono i tessuti sui lati legando i vasi man mano recisi, ed a questo modo si esporta per quanto possibile del tumore. Si provvede all' emostasi definitiva che riesce molto difficile, si lava la vagina, si mette un tubo di drenaggio a T e la si tampona con garza al iodoformio.

L' operazione durò due ore, la T. era di 36,5, il polso molto frequente e debole.

Alla sera la T. salì a 38,6 e la malata accusò sempre intensi dolori di ventre che non valsero a calmarli nè la vescica di ghiaccio tenuta a permanenza sul ventre, nè ripetute iniezioni di morfina. Dal tubo di drenaggio gemette sempre un po' di sangue. La paziente andò sempre affievolendosi e 12 ore dopo l'operazione cessò di vivere.

All' autopsia si trovarono avanzi del tumore nello spessore dei legamenti larghi, ma sani i $^2/_3$ del corpo dell' utero rimasti in sito, e nessun ganglio linfatico degenerato.

Si trova del sangue e dei coaguli sanguigni in discreta abbondanza lungo i lati della colonna vertebrale e nella cavità del piccolo bacino.

Le medesime considerazioni che pel caso precedente valgono per questo che medesimamente credo non si sarebbe più dovuto operare.

Caso 6.° — Pagliero Teresa, d' anni 33, contadina, entra il 1.° agosto 1882.

Niente di gentilizio. Primi mestrui a 14 anni che furono poi sempre regolari. Prese marito a 20 anni ed ebbe 4 figli, di cui tre viventi.

Dal marzo 1881 notò i proprii mestrui più avvicinati, più ab-

bondanti e negli intervalli uno scolo insolito di materie biancastre. In gennaio di questo anno cominciarono dei dolori alla regione lombare e all' ipogastrio e cominciò a venir meno di forze.

Stato presente. — È scomparsa intieramente la porzione vaginale del collo e la vagina termina in un' ulcera crateriforme a margine e fondo molto duri. Del resto si palpa la porzione sopravaginale molto ingrossata, irregolare e poco mobile sui lati, a destra specialmente, dove la durezza si avanza in molta vicinanza dalla parete del bacino.

10 agosto. — La paziente è preparata all' operazione nel modo solito. Narcosi cloroformica. Lavatura della vagina con soluzione fenica forte, cauterizzazione dell' ulcera col cloruro di zinco 8 %. Incisione circoscrivente l'ulcera circolarmente a un centimetro di distanza da suoi margini. Dissezione del tumore anteriormente che esige il sacrifizio di gran parte della parete inferiore della vescica e dello sbocco dell'uretere destro.

Posteriormente si osserva che il neoplasma si avanza sin contro il sacro. Tuttavia si esporta per intiero l'utero già quasi del tutto isolato, si arresta l'emorragia, si fissa il capo reciso dell' uretere destro alla incisione vaginale e si medica al solito.

L'operazione non fu guari di lunga durata, ma tuttavia la paziente cadde tosto in collasso e morì 4 ore dopo, malgrado ripetute iniezioni ipodermiche di tintura eterea di canfora.

L'utero esportato presenta macroscopicamente il collo di volume quintuplo del normale, il canale cervicale dilatato ed ulcerato in totalità fino all' orifizio interno. Sana la mucosa del corpo. Il tumore è costituito da epitelii cilindrici.

All' autopsia si trovarono avanzi di tumore nel legamento largo destro e gangli linfatici degenerati fino nelle regioni lombari.

Anche questo caso non era da operarsi; chè la poca mobilità dell'utero doveva far prevedere la grande difficoltà dell'operazione e la pochissima speranza di esportare tutto il neoplasma.

Caso 7.° — Borretti Giuseppa, d' anni 50, lavandaia, entra il 6 agosto 1882.

Niente di gentilizio. Mestrui sempre regolari, nè passata ancora all'età critica. Ebbe marito a 16 anni e partorì felicemente 11 volte, l'ultima delle quali dieci anni fa. Sei dei figli vivono tuttora.

Sei mesi sono avvertì un insolito protrarsi dei mestrui e dopo tre lune a poco a poco convertirsi in uno scolo sanguigno continuo, con aggiunta di dolori ai lombi, all'ipogastrio e profondi al basso ventre.

Stato presente. — Porzione vaginale del collo scomparsa tranne una sottile striscia in avanti. Al posto si nota un'ulcera crateriforme, a margini duri ed irregolari ed a fondo coperto di fungosità facilmente sanguinanti. Dal retto si sente la porzione sopravaginale del collo ingrossata, dura, ma ancora discretamente mobile. Meno cedevolezza in corrispondenza del legamento largo destro.

14 agosto. — Narcosi cloroformica. Disinfezione della vagina e dell'ulcera. Incisione del fornice posteriore ed apertura del cavo del Douglas. Impossibile di trarre l'utero in basso colle pinze Museux che lacerano quanto afferrano. Allora si incide in sito il fornice anteriore, si disseca la vescica dal tumore e si apre lo sfondato del peritoneo utero vescicale. Si fa il capitombolo dell'utero in avanti e quindi si passa alla legatura e recisione dei legamenti uterini cominciando a sinistra. A destra ad un punto si trova molta difficoltà a tenersi all'infuori del neoplasma e perciò si rimuove dapprima l'utero e si enuclea questo avanzo di tumore in seguito. Medicazione al solito.

Niente di notevole nei primi due giorni dell'operazione, la temperatura essendo restata fra 37 e 37,4. Ebbe però sempre vomito abbondante. Al terzo giorno sopravvenne delirio nel quale la paziente discese dal letto, gridava ripetutamente, gesticolava e rifiutava ogni alimento tanto liquidi che solidi. In sesta giornata cessò di vivere.

L'utero esportato presenta il collo quasi usurato in totalità.

È solo riconoscibile la sua faccia posteriore tutta traforata da tragitti e da seni. Il fondo dell'ulcera è granuloso uniformemente.

Verso l'orifizio interno del collo il tumore va portandosi dalla mucosa verso l'esterno, di guisa che la mucosa della cavità del corpo tutta sana è circondata inferiormente da una zona d'invasione del tumore che si trova nello spessore della tonaca muscolare.

All'autopsia si trova peritonite settica, ma niun ganglio linfatico degenerato.

Questo è un caso che rasenta molto il limite dell'operabilità e quindi a seconda del complesso di tutte le altre circostanze il

chirurgo potrà o non accingersi all'operazione. Sventuratamente questi casi non sono infrequenti e quindi a malgrado di tutte le le indicazioni, bene spesso il chirurgo è nell'imbarazzo di scegliere l'una delle due vie. Valgono in questi casi l'età, le sofferenze subbiettive della malata, le emorragie, ecc. Come regola generale però meglio non operare. Alla triste fine di questo caso contribuì forse anche l'iodoformio, essendosi zaffata la vagina con garza bagnata in glicerina e abbondantemente spolverata di iodoformio.

Caso 8.° — Squillari Luigia, d'anni 48, contadina, entra il 10 agosto 1882.

Donna che non ha precedenti gentilizii, mestruata a 15 anni, maritata a 17 e che ha avuto tre parti normali.

Da due anni avverte uno scolo marcioso dalla vagina, da un anno uno scolo marcioso sanguinolento e da quattro mesi dolori profondi nella cavità del piccolo bacino ed ai lombi.

Da qualche tempo dimagra e scema di forze.

Stato presente. — Usurata completamente la porzione vaginale del collo. Al fondo della vagina sta un'ulcera crateriforme con fondo granuloso, facilmente sanguinante, con margini duri ed irregolari. La porzione sopravaginale è ingrossata, dura e gode di mobilità piuttosto limitata.

16 agosto. — Preparata al solito la malata, si cloroformizza, si lava la vagina con soluzione fenica forte, e si cauterizza l'ulcera col termocauterio. Nell'impossibilità di trarre in basso l'utero si incide in sito sulla vagina a un buon ctm. di distanza dai margini dell'ulcera. Si apre dapprima il cavo del Douglas. Al davanti nella dissezione della vescica dall'utero si perfora quella in alcuni punti per fitte aderenze contratte col tumore. Aperto ad ogni modo lo sfondato utero vescicale, si capovolge l'utero in avanti, a stento però per essere aderenti al fondo dell'utero l'ovaio sinistro e la tromba. Recisi i legamenti larghi prima a sinistra e poi a destra si estrae l'utero in un coll'ovaio e tromba di sinistra. Provveduto coll'emostasi definitiva si chiudono le lacerazioni vescicali con sutura di catgut alla Lembert. Drenaggio e zaffamento della vagina con garza iodoformizzata.

Nei primi giorni la malata si lagna di dolori di ventre che si calmano con la vescica di ghiaccio e con iniezioni di morfina. In

3ª giornata si cessa la medicazione coi batuffoli di garza e si leva il tubo di drenaggio; si fanno parecchie lavature della vagina nella giornata con acqua borica. Continuano dolori di ventre, il vomito ed il singhiozzo.

In 6ª giornata la malata ci avverte che perde tutte le orine dalla vagina.

Il 25 agosto sono diminuiti i vomiti ed il singhiozzo. Persiste un addolentamento al ventre localizzato specialmente al quadrante inferiore destro.

27 agosto. — È ricomparso il singhiozzo e persiste il dolore a destra.

2 settembre. — Si alza per la prima volta da letto. Lievi dolori al ventre, perdita completa delle orine della vagina. Appetito discreto.

11 settembre. — Nello sfondato della vagina a sinistra si estrae un cencio di tessuti gangrenosi a cui tiene dietro un fiotto di pus denso, giallastro, inodoro.

21 settembre. — Emette parte dell'orina per l'uretra. La fistola vescico-vaginale è ridotta al diametro di 2 mm.

8 ottobre. — Esce dall' Ospedale.

5 dicembre. — Si fa rivedere. Persiste la fistola che si cauterizza col termocanterio.

4 aprile 1883. — La paziente si ripresenta colla fistola vescico-vaginale e con manifesti segni di recidiva.

Muore di marasmo in casa propria il 4 gennaio 1884.

L'utero esportato presenta il collo pressochè totalmente sostituito dal tumore friabilissimo e la cavità del corpo già invaso per un buon centimetro dal tumore stesso.

Il neoplasma è costituito da cellule epiteliali cilindriche.

Anche questo caso sta di mezzo tra il sì ed il no. Anche qui devesi dar peso al complesso delle molte altre circostanze accennate.

Caso 9.° — Cassini Margherita, d'anni 46, contadina, entra il 21 settembre 1882.

Donna senza precedenti gentilizii, mestruata a 16 anni, maritata a 18 e con cinque figli.

In maggio ultimo avvertì una mestruazione prolungata, poi menorragie e metrorragie insieme a scolo di materie marciose e

fetenti. Cominciò un rapido deterioramento generale e la paziente ricorse all'Ospedale.

Stato presente. — Porzione vaginale del collo distrutta, sostituita da un'ulcera a margini duri a fondo fungoso, sangninante. Porzione sopravaginale di poco ingrossata. Corpo dell'utero mobile.

28 settembre. — Preparata la paziente all'operazione, la si cloroformizza e si lava la vagina con soluzione fenica forte. Tratto in basso il collo dell'utero si cauterizza col termocanterio l'ulcera. Incisione del fornice anteriore e dissezione della vescica dall'utero, nel qual atto si sfonda la vescica col dito. Sutura immediatamente della lacerazione vescicale alla Lembert, con seta fenicata, poi apertura dello sfondato peritoneale vescico-uterino, ed in seguito di quello utero rettale. Si fa il capitombolo in avanti, si recidono i legamenti larghi, si provvede all'emostasi definitiva e si medica al solito.

L'operata nei primi due giorni accusa dolori ventrali, e ebbe singhiozzo e vomito, quantunque apiretica, fenomeni che si cercò di calmare colla vescica di ghiaccio sul ventre, con pozioni antiemetiche del Riverio e con iniezioni di morfina.

Alla sera della 3ª giornata si nota una elevazione di temperatura che continuò per alcuni giorni, finchè l'11 ottobre, riscontrati dei cenci gangrenosi nello sfondato della vagina in corrispondenza della ferita, ed estrattili, si ebbe a notare la fuoruscita di alcuni cucchiai di pus.

23 ottobre. — Benessere generale e locale.

25 ottobre. — Esce dall'Ospedale.

10 marzo 1883. — Muore al proprio paese per recidiva.

L'esame dell'utero esportato trova il muso di tinca scomparso. La metà superiore del canale cervicale e tutta la cavità del corpo sono rivestite di mucosa sana.

La mucosa è ulcerata solamente nella metà inferiore; ma il neoplasma si avanza più in alto nello spessore della tonaca muscolare fino verso l'orifizio interno del collo in direzione centrifuga verso i legamenti larghi.

In questo caso l'operazione fattibile chirurgicamente si ridusse ad un inutile tentativo di cura radicale, tentativo però giustificato, dacchè relativamente si faceva correre alla malata poco pericolo ed era anche sperabile una guarigione radicale. Questo caso richiama pure l'attenzione sul fatto dell'amputaziene totale ri-

spetto alla parziale. L'ingrossamento sebbene leggiero della porzione sopravaginale del collo indicava ad una estensione in alto del tumore che forse non era più possibile di raggiungere, ed il pezzo esportato dimostrò appunto la verità di questo asserto.

Caso 10.° — Belloni Partenia, d'anni 35, entra il 6 ottobre 1882. Nulla di gentilizio. Primi mestrui a 14 anni e furono sempre regolari. Prese marito a 31 anno ed ebbe un aborto dopo due mesi con molta perdita di sangue. Nel giugno del 1881 veniva operata di amputazione del collo dell'utero per tumore maligno e dopo qualche tempo per recidiva sottoposta alla cauterizzazione col galvanocauterio. Stette bene per alcuni mesi, ma ricominciando delle perdite sanguigne irregolari, scolo di materie bianche e dolori all'ipogastrio ed ai lombi, si presentò alla nostra sezione.

Stato presente. — Manca la porzione vaginale del collo uterino. L'orifizio esterno del canale cervicale è occupato da fungosità che sanguinano al più leggero tocco. Corpo dell' utero poco mobile. Condizioni generali discrete.

16 ottobre. — Cloroformizzata la paziente, lavata la vagina, e cauterizzata l' ulcera la si circoscrive in sito con una incisione circolare a un buon centimetro di distanza dai limiti apparenti del tumore. Apertura in avanti dello sfondato peritoneale vescico-uterino e poi posteriormente di quello utero rettale.

Si trova un'ansa intestinale aderente alla faccia posteriore dell'utero e nel cercare di staccarla colle dita la si lacera in un punto dal quale vengono fuori materie intestinali.

Chiusa provvisoriamente la breccia con pinze Péan, si finisce la separazione dell' ansa dall'utero. Dopo ciò si capovolge l'utero all'indietro e lo si recide secondo il solito dai legamenti larghi. Estratto l'utero si chiude la ferita dell'intestino con punti di catgut alla Lembert. Tubo di drenaggio a T. Medicazione con naftalina.

Fino alla 5ª giornata si ebbe apiressia, ma vomiti frequenti cui nulla valeva a calmare, e che durarono fino all' 8° giorno.

Dal 3° giorno si ebbe a notare scolo molto fetente dalla vagina per cui si fanno giornalmente parecchie irrigazioni di soluzione fenica or debole ed ora forte. Sul fine della 5ª giornata si ebbe una temperatura di 39,4, la quale si conservò così alta fino all'8ª giornata con un maximum di 40°.

La febbre sospesa si riaccende di poi in 13ª e 14ª giornata con un maximum di 40,6.

12 novembre. — Esce dall' Ospedale guarita e si ripresenta parecchie volte al nostro ambulatorio. Fino a maggio di quest'anno nessuna traccia di recidiva. Di questo mese vennero esportate alcune granulazioni sospette dal fondo della vagina cui l' esame microscopico rivelò per tumore.

L'esame del pezzo esportato trova che del collo dell' utero non resta che un tratto della lunghezza di un ctm. L'orifizio esterno del canal cervicale di questo breve tratto non presenta che delle superficiali ragadi ed abrasioni. Il resto del canal cervicale e la cavità del corpo sono rivestiti di mucosa sana.

Raschiando nelle ragadi con una punta di bistori e dilacerando si trovano al microscopio delle larghe cellule appiatite, epitelio pavimentoso. Per sezione si trova trattarsi di un epitelioma alveolare con numerosissimi globi a cellule concentriche.

Questa donna, che era ragionevole e giustificatissimo di operare ci presentò ciò malgrado la recidiva, ma una recidiva dopo due anni di completo benessere e di benessere ancora discreto presentemente. In questo caso perciò l' operazione non solo non nocque, ma fu ancora di molto giovamento se non fu cura radicale.

Caso 11.º — Trehand Luigia, d'anni 32, entra l' 11 ottobre 1882. Nulla di gentilizio. Primi mestrui a 14 anni, sempre poi regolari. Prese marito due anni fa ed ebbe un parto regolare e poi un aborto, in seguito al quale notò irregolari perdite di sangue e di materie bianche, e da qualche tempo dolori al basso ventre ed ai lombi.

Stato presente. — La vagina è a metà riempita da una grande massa di vegetazioni carnose bagnate da un liquido fetentissimo e gementi sangue al minimo contatto.

Questa massa fungosa sostituisce la porzione sottovaginale del collo: la sopravaginale ed il corpo dell' utero sono leggiermente ingrossati ed un po' meno mobili che nello stato normale.

17 ottobre. — Narcosi cloroformica. Si raspa col cucchiaio l'enorme massa fungosa e si cauterizza la superficie residua col termocanterio.

Apertura in sito del cavo del Douglas posteriormente e poi in avanti disseccando col dito la vescica dall' utero. Si rovescia l'u-

tero in avanti e legati i legamenti larghi prima a sinistra e poi a destra viene estratto l'utero. In seguito si escide ancora una nodosità sospetta nel legamento largo di sinistra. Drenaggio al solito. Medicazione con naftalina.

Nei primi due giorni apiressia, ma vomiti frequenti.

In 3ª giornata leggiero innalzamento della temperatura (37,9) e vomiti più insistenti ancora.

In 4ª giornata si ha una temperatura massima di 38,9, ed accusa un leggiero dolore nella fossa iliaca sinistra.

In 5ª giornata accusa dolore diffuso a tutto il ventre, ha singhiozzo e vomito e la T. oscilla fra 38,5 e 39,2.

In 7ª giornata scompaiono i dolori ventrali e i vomiti si fanno più rari. La paziente perde parte delle proprie orine dalla vagina.

In 9ª giornata cessa ogni aumento di temperatura e la malata accusa senso di benessere.

6 novembre. — Esce dell'Ospedale. La ferita in vagina è ridotta ad una superficie granuleggiante della larghezza di uno scudo. La metà circa dell'orina esce per la vagina e non si riesce a vedere donde passi.

Si rivede la paziente dopo due mesi in ottime condizioni generali e colla ferita cicatrizzata. Si riconosce che l'orina proviene da una fistola dell'uretere sinistro.

Il 1.° ottobre 1883 la paziente è riaccettata nella sezione e non presentando verun segno di recidiva le si propone l'estirpazione del rene sinistro per liberarla del brutto incomodo della perdita dell'orina.

La paziente accetta e l'8 ottobre viene praticata la nefrectomia anzidetta col metodo del Simon.

La ferita si fa settica e la malata è colpita in 5ª giornata da una grave pneumonite doppia.

Ciò malgrado guarisce ed esce dell'Ospedale il 17 di novembre. Le notizie ulteriormente ricevute sono sempre ottime.

L'esame dell'utero esportato trova che il neoplasma invade tutta la mucosa del canal cervicale fino all'orifizio interno e gran parte dello strato muscolare avanzandosi già perfino nelle fibre muscolari del corpo. Il tumore è costituito da epitelii cilindrici.

Ecco un bel caso di epitelioma del collo contro il quale l'amputazione conoide del solo collo non sarebbe più sufficiente e che richiede l'amputazione totale.

L'operazione è seguita da guarigione e finora pare di guarigione duratura.

Caso 12.° — Napione Gabriella, d'anni 50, contadina, entra il 2 novembre 1882.

Niente di gentilizio. Primi mestrui a 16 anni che continuarono sempre regolari fino a 45 anni. Tolse marito a 20 anni ed ebbe un aborto e tre parti regolari, l'ultimo dei quali 14 anni fa. L'affezione presente data dal principio dell'anno con dolori all'ipogastrio, agli inguini, al basso ventre e ai lombi. Più tardi si accorse di scolo marcioso rare volte misto a sangue dai genitali.

Stato presente. — L'utero è in retroversione e leggermente ingrossato. Il muso di tinca è sano. Scolo di materiali liquidi con detriti dall'orifizio esterno. Penetrati con un cucchiaio adatto fino nella cavità del corpo se ne estraggono fungosità il cui esame microscopico conferma la diagnosi di epitelioma del corpo.

7 novembre. — Narcosi cloroformica. Si introduce nel canal cervicale un batuffolo di cotone bagnato in soluzione all'8 % di cloruro di zinco e si chiude con sutura l'orifizio esterno. Si lava la vagina con soluzione fenica forte, si stira in basso l'utero e si apre il fornice posteriore ed il cavo del Douglas, poi il fornice anteriore e disseccata la vescica dall'utero lo sfondato del peritoneo utero-vescicale. Si fa il capitombolo indietro e quindi si legano e si recidono i legamenti larghi prima a sinistra e poi a destra. Pulita la vagina si medica ponendo un drenaggio di vetro e circondandolo con batuffoli di cotone spolverati di naftalina.

In giornata la paziente è molto abbattuta per cui si fanno parecchie iniezioni ipodermiche di tintura eterea di canfora. Verso sera si ha una T. di 37,9.

In 2ª giornata si ha alle 6 pom. T. 40.

In 3ª giornata la T. massima fu di 39,2 ed in 4ª di 38,7.

In 5ª la T. non superò i 37°, ma per contro il polso si fece molto frequente e debolissimo e la paziente in questa giornata cessò di vivere. Non accusò mai dolori di ventre, nè ebbe vomiti nè singhiozzi.

All'autopsia si trova peritonite purulenta diffusa.

Nessun nodo secondario.

L'esame del pezzo esportato trova il collo dell'utero sano, il fondo e la parete anteriore del corpo occupati da grosse promi-

nenze in massima parte ulcerate. A destra le prominenze si avanzano verso l'orifizio interno della tuba falloppiana e ne occupano una discreta parte.

Questo tumore del corpo operabile nel senso chirurgico e pare anche nel senso anatomico dacchè non furono verificate all'autopsia metastesi secondarie nè nei gangli linfatici nè altrove fu seguito da esito funesto. Perchè la stessa operazione dà in una donna una peritonite mortale ed in un'altra niuna reazione?

Ecco ciò che trattiene, che spaventa la maggior parte.

La minima operazione può dar luogo ad una morte e questa probabilità è anche più grande per l'amputazione dell'utero. Ma il chirurgo non deve dar gran peso a questi casi sfortunati che non sono mai così certi come è certo che morrà quella donna abbandonata al corso della fatal malattia. E qual morte! Io ricordo molte donne che soccombettero al lento progresso del terribile tumore. Dolori atroci cui la morfina non calma che in parte, ad ogni tratto un'emorragia che spaventa ed abbatte la povera malata, uno scolo continuo di materiali dalla vagina, che la più accurata pulizia appena se vale a trattenerne la decomposizione putrida, un vivere angoscioso senza speranza di miglioramento, faticosa e poi impossibile la deambulazione, un vero disastro nella casa a cui tocca. Quindi sempre poca perdita, quando si perde una di tali donne che voi tentaste di guarire ovvero semplicemente di migliorare.

Caso 13.° — Vigliani Teresa, d'anni 39, stiratrice, entra il 14 dicembre 1882.

Senza precedenti gentilizii: mestruata regolarmente dall'età di 14 anni, prese marito a 19 ed ebbe nove parti regolari ed un aborto. L'ultimo parto fu tre anni fa. Non allattò nessuno dei suoi figli.

Le sofferenze presenti datano dall'ultimo parto pochi mesi dopo.

Cominciò con insolite perdite di sangue ad intervalli di circa 15 giorni, e con scolo sanguigno purulento negli intermezzi.

Da un anno sono diminuite le perdite di sangue, non si fece più abbondante lo scolo di marcie, intantochè vennero in scena i soliti dolori al baso ventre, ai lombi ed alle coscie.

Stato presente. — Collo e corpo dell'utero assai ingrossati, duri

al palpamento e poco mobili. Muso di tinca normale esternamente presenta beante il suo orifizio attraverso a cui protrudono delle piccole granulazioni dure e facilmente sanguinanti.

21 dicembre. — La donna è preparata al solito. Si cloroformizza, si lava la vagina con soluzione fenica forte, si introduce nel canal cervicale un batuffolo di cotone bagnato nella soluzione 8 % di cloruro di zinco e si chiude l'orifizio esterno con due punti di sutura. Ciò fatto non potendo abbassare l'utero pel suo volume si incide in sito tutto in giro attorno al collo dell'utero. Si apre dapprima lo sfondato peritoneale retto uterino e poi molto a stento l'utero vescicale. Riesce impossibile il capitombolo dell'utero a cagione del grande volume della porzione sopravaginale del collo. Allora si raschia col cucchiaio l'interno della cavità cervicale, si escide parte del collo, indi diviso longitudinalmente il resto del collo ed il corpo dell'utero si afferra con una tanaglia Museux prima la metà sinistra che si escide separandola dai tessuti sani col termocanterio e lo stesso si fa di poi colla metà destra. Le due metà però si dovettero anzitutto impicciolire esportandone varii pezzi colle forbici. All'emostasi si provvide in parte col termocanterio, e in parte con pinze Péan che vennero poi sostituite con delle circonsuture. Si pulì per bene la vagina e si spolverò il fondo con iodoformio. Drenaggio di vetro circondato da batuffoli di cotone. Durata dell'operazione tre ore. Emorragia insignificante.

Nello stesso giorno dell'operazione si ebbe una temperatura massima di 38,5, poi vennero due giorni di temperatura normale, e quindi di nuovo febbre con temperatura presso a 40°, febbre che continuò pressochè sempre fino alla morte della paziente che fu il 13 febbraio.

La paziente perdette subito dal primo giorno le orine dalla vagina. Ebbe per una settimana insistente il vomito ed il singhiozzo che a cominciare dall'8ª giornata disparvero completamente.

In 12ª giornata si nota perdita delle feci dalla vagina.

All'autopsia si trovò la vescica largamente perforata in corrispondenza dello sbocco dell'uretere sinistro; l'uretere destro reciso a circa 2 ctm. dalla vescica; vi ha una larga perforazione dell'S iliaca inferiormente che comunica collo sfondato della vagina; nefrite suppurativa di ambo i reni. Polmonite catarrale a destra. Non si trovò più traccia di neoplasma; le ricerche non furono però molto esatte essendosi limitate a un grossolano palpamento dei gangli linfatici e del residuo dei legamenti larghi.

Questo di nuovo è uno di quei casi che meglio sarebbe di abbandonare a loro e di non operare. Quantunque la nostra malata non abbia direttamente soccombuto all'operazioue è però certo che non ne ricevette pure alcun vantaggio. Quindi lasciamo questi casi ed inculchiamo ai medici che si esaminino presto le loro malate e presto le avvertano della posizione in cui si trovano. Qui il nodo a risolversi della quistione, e non proscrivere un'operazione che fatta a tempo può salvare chi sa quante donne!

Caso 14.° — Sigliano Anna, d'anni 34, entra il 13 febbraio 1883. Genitori morti di malattie lente, ma poco accertate. Non fece mai malattie di rilievo. Cominciò ad essere mestruata regolarmente a 16 anni, prese marito a 19 ed ebbe un figlio che morì dopo un mese. Dopo il parto cominciò ad avvertire talvolta dei dolori al fianco sinistro, poi al basso ventre ed ai lombi. Al principio di questo anno i dolori crebbero di molto e vi si aggiunse uno scolo di materie puriformi e di sangue dai genitali.

Stato presente. — Porzione sottovaginale del collo dell'utero profondamente ulcerata in corrispondenza del labbro posteriore e della metà sinistra di quello anteriore. A sinistra l'ulcera si avanza ancora per breve tratto sulla vagina. I margini ed il fondo sono duri al palpamento e sangninano al minimo contatto. La porzione sopravaginale è ingrossata, dura e poco mobile.

27 febbraio. — Operazione. Preliminari soliti. Cloroformizzata la paziente si raschiano col cucchiaio i tessuti degenerati e si cauterizza il fondo cruento col termocanterio. Impossibile di trarre l'utero in basso e perciò si incide in sito circolarmente a buona distanza dei margini dell'ulcera.

Si separa la vescica dall'utero e si apre lo sfondato peritoneale anteriore. Si fa il capitombolo dell'utero in avanti e si passa in seguito alla legatura ed alla recisione dei legamenti larghi prima a sinistra e poi a destra; ciò che riesce abbastanza facile superiormente, ma molto difficile in basso a cagione dell'aumentato volume del collo.

Si riduce perciò di nuovo l'utero nella sua posizione regolare e si cerca di attaccare dal basso la metà inferiore dei legamenti larghi; ma anche questo riesce molto disagevole per la soverchia friabilità del tessuto del collo che si lacera ad ogni leggiera trazione. Allora si escide il corpo dell'utero e la massima parte del

collo e si finisce in seguito ad esportare in secondo tempo le porzioni residue di neoplasma sui lati. L'operazione dura 2 ore e $^1/_2$. Lavatura della vagina. Insufflazione di iodoformio, tubo di drenaggio di vetro.

Decorso. — Alla sera della 1ª giornata si ebbe T. 38°, e fra i 38°-39° stette poi sempre fino alla morte che avvenne in 8ª giornata. Solo in 5ª giornata avvertì dolori puntorii al quadrante inferiore destro del ventre, dolori che più non cessarono malgrado il ghiaccio applicato localmente e le iniezioni ipodermiche di morfina.

Ebbe vomiti soli nel 1° giorno, ma ebbe sempre inappetenza. In 2ª giornata si tolse ogni medicazione e si fecero sempre frequenti irrigazioni vaginali con soluzione fenica debole. In 5ª giornata si notò lo scolo molto fetente e più copioso. In 7ª giornata si dà esito dalla vagina a una raccolta di pus dei legamenti larghi. In 8ª giornata muore.

All'autopsia si trovò un flemmone pelvico bilaterale.

Anche questo caso non sarebbe da operarsi. La porzione sopravaginale è ingrossata e quasi immobile. Questo è per me controindicazione assoluta. Il tumore fosse ancora del tutto localizzato nell'utero, ciò che è appena probabile, tuttavia voi fate una operazione che è di troppo difficile esecuzione, e quindi con troppa probabilità di avere un disastro. Voi fate una operazione a pezzi, giacchè l'utero non si può più rovesciare, e quindi un' operazione irregolare, con tutta probabilità di lasciare in sito una o più porzione di neoplasma.

Caso 15.° — Bertolino Rosa, d'anni 40, cameriera, entra il 20 febbraio 1883.

Niente di gentilizio. Primi mestrui a 15 anni; prende marito a 17 anni ed ha tre figli. I mestrui si mantennero sempre regolari e sono 4 mesi che si fecero scarsi, misti a marcia e che la paziente avvertì scolo insolito di quest'ultima fra una mestruazione e l'altra. Indi vennero dolori al basso ventre, ai lombi, alle coscie. Da ultimo lo scolo della marcia si è fatto più abbondante e sempre misto a sangue.

Stato presente. — Porzione sottovaginale del collo ingrossata, di consistenza ineguale, ma rivestita di mucosa sana. Orifizio

esterno largo da ammettere l'apice del dito indice che trova ripiena la cavità cervicale di fungosità facilmente lacerabili e sanguinanti. Porzione sopravaginale più voluminosa della vaginale e pochissimo mobile; è pure ingrossato il corpo.

28 febbraio. — Operazione. Cloroformizzata la malata, si cauterizza col termocanterio l' interno della cavità cervicale e poi visto impossibile di poter abbassare l'utero, si incide in sito e tutto in giro la mucosa vaginale e si apre dapprima lo sfondato peritoneale posteriore. Indi separata la vescica dell' utero si apre lo sfondato utero vescicale e si tenta di rovesciare l' utero, ma vistane l' impossibilità per la grande fissità del viscere, si esporta con taglio conoide gran parte del collo e si stacca il resto dal basso in alto seguendo i legamenti larghi su cui si applicano preventivamente pinze emostatiche. Mobilizzato per tal modo sufficientemente il corpo dell'utero residuo lo si arrovescia all'indietro e applicate pinze emostatiche sulla restante parte superiore dei legamenti larghi si completa l'esportazione totale dell' organo. Si lasciano in sito otto pinze emostatiche, drenaggio di vetro circondato di tamponi di garza iodoformizzata.

Portata la paziente in letto, le si mette subito una vescica di ghiaccio sul ventre, e più tardi lagnandosi di dolori addominali le si fanno iniezioni di morfina. In 2ª giornata si tolgono le pinze emostatiche ed i tamponi lasciando solo il tubo di drenaggio attraverso al quale si fanno irrigazioni di soluzione fenica tiepida. Leggiera febbre fino in 7ª giornata che rimette e poi ricompare di nuovo dopo la 10ª giornata ad intervalli. Nella 12ª giornata si estrae colle pinze un pezzo necrotico del legamento largo sinistro ed in seguito parecchie volte si deve dar esito a raccolte purulente dal legamento largo di sinistra. Malgrado tutto guarisce e la malata lascia l'Ospedale in discrete condizioni generali il 28 aprile.

Si fece rivedere parecchie volte all' ambulatorio e da principio veramente migliorata, ma poi a poco a poco fatta marantica per la recidiva del tumore che venne constatata nell'agosto successivo, ed in tale stato di marasmo vive tuttora.

Questo caso pare che cozzi contro le idee dianzi esposte a proposito del caso precedente.

Lo stato dell' utero di questa donna avrebbe controindicato secondo me l'operazione, eppure questa donna non soccombette e quantunque adesso presso a morte ne ebbe però reali vantaggi.

Ad ogni modo io ritengo che in questa circostanza non si debba operare, e se anche sia possibile qualche miglioramento dietro l'operazione questo è troppo poco per potersi porre a confronto dei pericoli gravi a cui si sottopone la donna.

Questo caso non serve che a significare che le nostre indicazioni non possono essere assolute e che il buono risulta dalla media delle osservazioni. E la media nel caso nostro dice che occorre operare e di non essere inattivi quando è tempo di operare, a malgrado che in queste circostanze succedano pure delle sconfitte, e di non operar più, di abbandonare le cose al loro destino quando il tempo utile per l'operazione è trascorso, a malgrado che talora anche per operazioni non più indicate si abbiano pure a vantare dei mezzi successi.

Caso 16.º — Caperoni Teresa, d'anni 37, fruttivendola, entra il 22 maggio 1883

Non ha precedenti gentilizii, non fece malattie d'importanza prima della presente. Mestruata sempre regolarmente, è madre di 5 ragazze e sofferse di un aborto.

Sei mesi or sono avvertì un insolito protrarsi delle mestruazioni che si ripetè nei mesi successivi fino ad avere uno scolo sanguigno quasi continuo. Tale scolo si mescolò presto a materie biancastre fetenti ed a poco a poco queste presero il sopravvento. Da un mese comparvero pure dolori alle fosse iliache, ai lombi ed al bacino.

Stato presente. — Il muso di tinca è sostituito da un ammasso di vegetazioni carnose, molto consistenti e friabilissime. La porzione sopravaginale ed il corpo dell'utero sono regolari.

Il 25 maggio si raspano col cucchiaio le numerose vegetazioni carnose del muso di tinca e si cauterizza col termocanterio la residua superficie cruenta.

30 giugno. — Si amputa l'utero per la vagina. Non vi ha nulla di notevole, senonchè per la prima volta si riunisce la vagina al peritoneo appena aperti i due sfondati peritoneali. L'operatore volle tentare questo mezzo per evitare le raccolte purulente avute a lamentare nelle volte precedenti, pensando di poter agevolare di molto lo scolo del sangue e dei materiali della ferita. Tale sutura però era già stata praticata poco prima e pubblicata dallo Schwartz (se non erro) in Germania.

Dopo l'operazione la paziente accusa dolori di ventre e si applica perciò la vescica di ghiaccio a permanenza. Succedono vomiti abbondantissimi che persistono tutta la giornata. Nella notte i vomiti cessarono e la donna potè dormire tranquillamente. Al mattino ssguente si tolgono i tamponi e si fa una buona irrigazione con soluzione fenica debole, che viene ripetuta alcune volte nella giornata.

Il 3 luglio si toglie il tubo a drenaggio e si continuano le irrigazioni in vagina. Indi l'andamento della malata fu sempre regolare ed il 18 di luglio abbandonò l'Ospedale.

Il 2 di novembre si rivede la paziente all'ambulatorio e si constata recidiva locale.

Il 29 di dicembre dello stesso anno muore in un altro Ospedale della città di marasmo.

Insuccesso imprevedibile; le condizioni dell'operabilità esistevano e quindi si fece bene ad intervenire.

L'operazione non avendo avuto conseguenze funeste tutto si ridusse ad un nobile tentativo mancato.

Caso 17.° — Quaglia Marianna, d'anni 52, entra il 4 giugno 1883.

Nulla di gentilizio. Mestrui sempre regolari. Prende marito a 21 anno ed ha undici parti regolari di cui uno gemino.

Entra nell'età critica ora sono tre anni senza il minimo disturbo.

Dal gennaio di questo anno ha insoliti dolori alla regione lombare, senso di stanchezza a questa parte e scolo di materie puriformi dalla vagina. Da un paio di mesi si è aggiunto uno stillicidio pressochè continuo di sangue, dolore alle coscie ed agli inguini.

Stato presente. — L'orifizio esterno del collo dell' utero forma l'apice dello sfondato vaginale, non sporgendo per nulla il muso di tinca in vagina. Tale orifizio è ingrandito ed ammette l'apice del dito che trova il canal cervicale costituito da una superficie irregolare, granellosa, aspra, senza però poterne precisare il limite superiore.

A destra l'ulcera si avanza pure sulla vagina ed il legamento largo di questo lato è meno cedevole che a sinistra, limitando molto la mobilità del collo uterino.

Il volume del corpo dell'utero non è aumentato.

9 giugno. — Si incide circolarmente la vagina nel suo punto d'inserzione al collo. Apertura del fornice posteriore e poi dell'anteriore. Si tenta di far capitombolare l'utero in avanti, ma non si riesce che in parte, la parte alta della faccia posteriore dell'utero aderendo ad anse intestinali. Allora si piglia il partito di esportare l'utero in pezzi e si comincia appunto dal fondo già in parte capitombolato impiegando la maggior parte del tempo per la porzione di tumore situata nel legamento largo di destra. Per evitare la ferita delle anse intestinali aderenti si lascia attaccato alle stesse un piccolo tratto del fondo dell'utero. Emostasi. Drenaggio. Tamponamento della vagina con garza fenica. Durata dell'operazione 2 ore e $^1/_2$.

Riportata a letto la donna le si fanno parecchie iniezioni di tintura eterea di canfora e si applica presto l'apparecchio di Leiter al ventre. Nella giornata ebbe parecchi vomiti che continuarono nelle seguenti unitamente al singhiozzo, sebbene le temperature non raggiungessero mai i 38°. Ebbe però sempre polso piccolo e oscillante fra 100-120 battute.

Morì il 15 giugno ed all'autopsia si trovarono alcune poche pseudo-membrane fibrinose sulle anse intestinali ed una raccolta discreta di liquido rossigno sui lati della colonna vertebrale.

Anche questo caso era da lasciarsi. L'infiltrazione del legamento largo di destra ne era la controindicazione.

Caso 18.° — Raimondi Giovanna, d'anni 40, contadina, entra il 6 giugno 1883.

Mestruata la prima volta a 16 anni continuò sempre ad esserlo in modo regolare. Prese marito a 17 anni ed ebbe 4 parti, l'ultimo dei quali data da due anni. Dallo scorso dicembre soltanto cominciò ad avvertire insolito scolo di sangue dai genitali, scolo che si fece presto continuo e misto a materie giallastre e fetenti.

Stato presente. — Muso di tinca in parte scomparso e sostituito da un ulcera a fondo di vegetazioni carnose e dure che occupa specialmente il labbro posteriore dal quale passa a ribattersi posteriormente fin sulla vagina. L'utero è mobile sebbene leggermente aumentato in volume.

18 giugno. — Isterectomia. Incisione del fornice posteriore, apertura del peritoneo e sutura dello stesso alla vagina. Idem ante-

riormente. Incisione dei fornici laterali della vagina. Capitombolo dell' utero in avanti che riesce assai facilmente. Incisione dei legamenti larghi fra due serie di legature con catgut perifericamente e con seta nell'utero. Emostasi definitiva. Lavatura. Drenaggio. Medicazione con garza iodoformizzata.

Nella giornata e nella notte si trovò assai bene e riposò tranquillamente.

Il decorso ulteriore fu regolare, apiretico, senza incidenti degni di nota.

Il 5 luglio esce dall'Ospedale guarita e nel novembre successivo rivediamo la paziente in ottime condizione e senza traccia di recidiva.

Questo caso non ha bisogno di illustrazioni. Si trattava di tumore operabile, fu operato e finora esito soddisfacentissimo.

Caso 19.° — Chiappone Maria, d'anni 48, contadina, entra il dì 7 settembre 1883.

Mestruata sempre regolarmente. Prese marito a 21 anno ed ebbe dieci figli di cui otto viventi. L'ultimo parto fu tre anni fa. Solo da un anno cominciò ad avvertire irregolari perdite di sangue, poi dolori prima al ventre indi ai lombi ed alle coscie e diminuzione grande di forze.

Stato presente. — Collo dell'utero usurato pressochè in totalità nella sua porzione vaginale e sostituito da un ulcera a fondo di vegetazioni carnose, dure e facilmente lacerabili. L' utero è mobile, non aumentato in volume ed i legamenti larghi liberi.

15 settembre. — Isterectomia. Incisione circolare nella volta vaginale a 1 ctm. di distanza dai margini dell'ulcera. Apertura del peritoneo posteriormente e sutura dello stesso alla vagina. Idem anteriormente. Capitombolo dell' utero in avanti. Taglio dei legamenti larghi previe suture di catgut alla periferia e di seta sull'utero. L'operazione fu incagliata più volte da emorragia e durò tre ore La donna venne trasportata al proprio letto ed aggravatosi di molto subitamente le si praticò la trasfusione in una vena del braccio di una soluzione al 10 % di cloruro sodico, ma inutilmente, giacchè la paziente soccombeva dopo due ore dall'operazione.

All'autopsia si trova molto sangue raccolto nel cavo peritoneale

effuso dall'arteria uterina di sinistra che si trova senza laccio nè compresa nella sutura.

Si trova pure un grosso ganglio linfatico degenerato nella fossa iliaca di sinistra e che esaminato al microscopio si mostrò costituito degli stessi elementi del tumore uterino.

L'esame dell'utero esportato trovò che l'ulcera del muso di tinca si continuava in alto nel canale cervicale sino ad un centimetro dell'orifizio interno.

Questo è caso molto eloquente. Si tratta di epitelioma uterino chirurgicamente operabilissimo e pure seguito da morte per emorragia, e di più con una autopsia che dimostra l'invasione secondaria del tumore ai gangli linfatici. Dissi eloquente specialmente per questo poichè prova che coll'esame anamnestico e specialmente statico dell'utero non si può giungere a nessuna determinazione quanto all' operabilità o meno nel vero senso anatomico. All'esame statico di un caso vediamo estesissimo il tumore locale e l'operazione già controindicata perchè nè anche più fattibile materialmente, mentrechè all'autopsia non si rileva poi nè anche la presenza di un nodo secondario, e d'altra parte in un altro caso vediamo una lesione primitiva limitatissima già aver dato luogo a centri secondarii di infezione.

Caso 20.o — Aglietto Maria, d'anni 32, donna di casa, entra il 31 ottobre 1883.

Niente di gentilizio. Primi mestrui a 16 anni che continuarono sempre regolari. Prese marito a 19 anni ed ebbe otto ragazzi, l'ultimo dei quali appena dieci mesi fa. È degno di nota che nell'ultima gravidanza e negli ultimi mesi ebbe spesso scolo di sangue misto a coaguli dalla vagina. Dopo il parto, che fu in dicembre, l'emorragie cessarono e fino all'agosto successivo, quando ricominciarono frequenti ed abbondanti per le quali ricorre alla nostra sezione.

Stato presente. — Il muso di tinca è sostituito da un ulcera a fondo di vegetazioni carnose, dure e facilmente sanguinanti, che si avanza a sinistra fino sulla vagina ed è meno estesa a destra. Il legamento largo di destra è cedevole e senza durezze, e quello di sinistra si presenta come un cordone indurato. Il corpo dell'utero non è aumentato di volume ed è relativamente mobile.

9 novembre. — Isterectomia. Incisione circolare della vagina a conveniente distanza dall' ulcera. Apertura dello sfondato peritoneale vescico-uterino e capitombolo dell'utero in avanti.

Taglio dei legamenti larghi previe legature di catgut periferiche e di seta sull' utero. Ultima viene l'apertura dello sfondato peritoneale retto uterino e sutura del peritoneo alla vagina tutt' in giro. Drenaggio. Medicazione con batuffoli di cotone idrofilo.

Durata dell'operazione 2 ore e 50 minuti. Il massimo tempo dell' operazione è occupato dal legamento largo sinistro.

Muore di collasso due giorni dopo, l' 11 di novembre.

All' autopsia si trovano dei ganglii linfatici degenerati nello scavo e nella fossa iliaca destra.

Caso da non operarsi per il progresso già fatto del tumore a sinistra sempre per lo stesso motivo di maggiore difficoltà operatoria e di minore probabilità di successo per le infezioni secondarie più certe.

Caso 21.º — Bertone Teresa, d'anni 43, benestante, entra il 26 novembre 1883.

Niente di gentilizio. Nessuna malattia precedente d'importanza.

Primi mestrui a 11 anni che continuarono sempre regolari tranne che un po' scarsi. Maritata a 25 anni ebbe una figlia dopo due anni e dopo altri sette un figlio.

Or fa un anno e qualche mese vide senza causa nota sangue dalla vagina quattro volte in un mese e poi nei mesi successivi sempre delle perdite sanguigne a intervalli irregolari e scolo di materie bianche. Solo da una quindicina di giorni soffre di dolore alla regione lombare e di frequenza di mitto.

Stato presente. — Il labbro posteriore del collo dell' utero è trasformato in una massa di vegetazioni carnose, dure e facilmente sanguinanti. I legamenti larghi sono liberi, salvo una minore cedevolezza a sinistra, ma quasi insignificante. Il corpo dell' utero è aumentato in volume di circa un terzo, ma è mobile.

4 dicembre. — Isterectomia. Si raschiano le vegetazioni carnose col cucchiaio e si cauterizza col termocanterio. Incisione della vagina circolarmente. Dissezione in avanti, apertura dello sfondato anteriore del peritoneo e sutura dello stesso alla vagina. Idem posteriormente. Capitombolo dell' utero all' indietro dopo varii

tentativi di farlo capitombolare in avanti. Taglio dei legamenti larghi secondo il solito, solo che si usa tutta seta fenicata per la cattiva qualità del catgut di quella giornata.

Durata dell'operazione due ore.

Andamento successivo regolare, apiretico.

Esce dall'Ospedale in ottime condizioni il 13 gennaio 1884.

In giugno all'ambulatorio si rasparono alcune fungosità sospette dal fondo della vagina ed esaminatele al microscopio vidi trattarsi manifestamente di recidiva.

CONCLUSIONE

Se noi diffalchiamo dalle nostre operate i casi segnati coi Numeri 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 17, 20, cioè il numero di dieci donne, che non sarebbero più state da operare e consideriamo i risultati delle 11 restanti, noi avremmo, sopra 11 casi, 3 guarigioni radicali (N. 3, 11, 18), o per lo meno tre casi finora liberi di recidiva, 4 guarigioni incomplete (N. 9, 10, 16, 21), 4 morti (1, 2, 12, 19).

Or bene date queste proporzioni, che derivano dopo d'aver posto nella sua vera cerchia l'operazione dell'estirpazione dell'utero, parmi che i risultati siano tutt'altro che sconfortanti, e che il chirurgo debba sempre tentare questa unica àncora di salvezza, quando il tempo utile all'operazione non sia trascorso.

Si aggiunga del resto ancora il perfezionamento quotidiano della tecnica operatoria e la possibilità di poter molte volte sostituire con eguale vantaggio e minore pericolo una amputazione parziale alla totale e la prognosi dell'epitelioma uterino apparirà ancora migliore.

INTORNO AD ALCUNE LAPAROTOMIE

ESEGUITE

dal Dott. PAOLO NEGRI

Nello spazio di pochi mesi ripetutamente mi trovai nella necessità di eseguire l'apertura del cavo addominale allo scopo di estirpare tumori ora appartenenti all'utero, ora alle ovaje, ora all'uno ed all'altro organo contemporaneamente.

Seguendo la abitudine di rendere pubbliche le osservazioni cliniche, non credo affatto inutile l'esporle qui in modo brevissimo: se qualcuno dei fatti è volgare e quindi poco *interessante*, credo tuttavia che qualche particolare possa richiamare l'attenzione anche del pratico consumato e provetto.

1.º *Voluminoso tumore fibro-cistico dell'utero; paracentesi ripetuta 20 volte nel corso di circa 10 anni — Laparotomia ed escisione di gran parte del tumore — Morte al principio del 4º dì.*

L.... G.... è il soggetto della presente osservazione — è di alta statura, armonicamente sviluppata, tocca il 52º anno di età. La veggo per la prima volta in compagnia del curante Dott. Felice Bruni, medico primario nello spedale civile di Verona.

Quanto può interessare per noi nella parte anamnestica si può così compendiare: Circa 12 anni fa fu colta da profusissime emorragie dai genitali, giudicate dal curante di origine uterina: contemporaneamente si notò la presenza nelle basse regioni dell'addome di un tumore che sembrava posto al lato sinistro dell'utero o su questo viscere sviluppato, od almeno a questo fortemente aderente. Le emorragie andarono ripetendosi in ricorrenza delle mestruazioni per circa due anni: dopo quest' epoca la mestruazione divenne affatto normale fino a che due anni fa cessò in modo completo.

Il curante potè seguire il lento svolgersi di un tumore a parecchie loggie delle quali una posta in corrispondenza del corno uterino sinistro, altra all'avanti in corrispondenza della parete anteriore, e fu questa loggia che aumentando di volume in maniera considerevole venne ad occupare gran parte della cavità addominale.

Sebbene da circa due anni l'ammalata sia entrata nella menopausa, tuttavia il tumore non ebbe a subire impicciolimento, anzi si ebbe a notare un lento ma progressivo ingrandimento. Nel decorso degli ultimi 10 anni il tumore fu punto attraverso le pareti addominali circa 20 volte: la puntura riusciva a svuotare la grande loggia che occupava gran parte del cavo addominale, e che allorquando era molto tesa provocava gravi disturbi relativi allo stomaco, e cioè dolori a cintura e vomito.

Dapprima la paracentesi veniva praticata una volta all'anno, poi si rese necessaria più frequentemente; negli ultimi tempi era necessità il ripeterla almeno ogni tre mesi.

Le paracentesi non furono sempre innocenti; una tra le altre fu seguita da emorragia gravissima che mise in dubbio la esistenza della donna: una seconda fu seguita da seri disturbi peritoneali. Racconta infine la paziente che sei anni fa ebbe la sensazione come se qualche cosa si fosse rotto nel suo ventre: ne seguirono malessere grave, dolori vivi nell'addome e più tardi perdita di liquido per la via intestinale.

Il liquido che era metodicamente estratto con la paracentesi, in quantità varia da 3 ad 8 litri per volta, era ricchissimo in sangue, anzi l'ultima parte che usciva dalla cannula potea considerarsi sangue puro.

Nel lungo decorso del morbo consultò un numero sterminato di chirurghi e ginecologi: alcuni sconsigliavano affatto non solo l'operazione radicale, ma eziandio la semplice paracentesi: pochissimi propendevano per la laparotomia non dissimulandone però la gravità: mi resta però la convinzione, dedotta dal racconto della paziente, che buona parte dei pratici consultati propendesse alla diagnosi di cistoma ovarico con aderenze intestinali, parietali, uterine, piuttostochè di un tumore fibro-cistico dell'utero.

L'esame praticato nel febbraio 1884 pochi giorni dopo la puntura della grande loggia (eseguita dall' egregio Dott. Bruni) lasciava scorgere un tumore irregolarmente ovoideo occupante

tutto l'addome, del volume di un utero gravido a termine con abbondante quantità di liquido amniotico. Il diametro prevalente era quello longitudinale; l'ovoide era irregolare per la prominenza di tre gobbe, una a destra, altra di media grandezza a sinistra ed in alto, la più piccola irregolare nel contorno e nella superficie nel quadrante inferiore sinistro: quest' ultima è dura e resistente se pigiata, le altre due invece manifestamente fluttuanti. La superficie del tumore ovunque ottusa alla percussione è chiaramente separata dalle aree di ottusità degli organi ipocondriaci: la ottusità esclude eziandio la presenza di anse intestinali fra parete addominale e tumore, le pareti si mostrano quasi ovunque scorrevoli sulla faccia anteriore del tumore, eccezione fatta per una zona paraombelicale ove si crede completa la fusione con il tumore. Per *vaginam* il dito incontra il collo portato in alto ed a sinistra piuttosto stirato in su, la porzione sottovaginale cilindrica fa corpo con quella zona di tumore duro a superficie irregolare già descritto e situato nel quadrante inferiore sinistro addominale.

Lo scavo pelvico è completamente libero da tumore e solo spingendo profondamente il dito nel fornice vaginale posteriore e contemporaneamente premendo sul polo superiore del neoplasma si tocca un grande segmento di tumore a livello dello stretto superiore ed ancor questo fluttuante.

Tale reperto poteva lasciare adito alle seguenti due diagnosi: tumore fibro-cistico dell'utero — oppure: cistoma dell' ovaio con aderenze estese e tenaci al corpo uterino. — La sonda uterina avrebbe potuto sciogliere il dubbio, ma, come avviene non infrequentemente, avrebbe anche potuto lasciare il dubbio inalterato. Il tempo (40 giorni) permise una diagnosi esatta, ed ecco come: Si è gia detto che il primo esame era stato praticato *poco tempo dopo* alla paracentesi: nell'aprile (principio) il tumore era considerevolmente aumentato, la grande loggia di destra più tesa s'era espansa di più in alto e contemporaneamente avea spinto tutto il tumore in basso: esplorando per la vagina non si trovavano ora che tracce del collo uterino (porzione sottovaginale) tanto questo era raccorciato e quasi cancellato: contemporaneamente a ciò si percepiva una vasta saccoccia del tumore insinuarsi nella pelvi lungo la parete destra. Tale reperto e specialmente le modificazioni subite dal collo uterino deponevano indubbiamente per la natura uterina del tumore ed in conseguenza fu portata la diagnosi di: *tumore fibro-cistico dell'utero.*

Era questo caso suscettibile di una cura radicale? E poteva sperarsi la guarigione in conseguenza della grave impresa chirurgica? Dopo una lunga disanima del caso, considerando lo stato di progressivo deperimento della donna, nonchè la necessità di ricorrere sempre più frequentemente alla paracentesi, non affatto innocente, e facendo calcolo eziandio delle dichiarazioni della ammalata che ardentemente desiderava l'atto operativo, si decise di passare alla apertura del cavo addominale: qualora le condizioni locali avessero dimostrato le difficoltà operative superiori alle previste altro non si sarebbe fatto che chiudere la aperta breccia.

L'atto operativo fu praticato a domiciio della paziente presenti i dottori: Bruni, Chauvenet, Mosconi, Massalongo, Benoni, Storari e Bianchini, chirurgo primario dello spedale civile. Si attuarono come di regola tutte le precauzioni antisettiche. Si usò del polverizzatore a vapore. Cloronarcosi (cloroformio Dott. Massalongo). Incisione sulla linea alba da due dita dalla sinfisi del pube al bellico. Aperto il peritoneo nessuna aderenza si riscontra tra la faccia anteriore del tumore e la parete addominale: all'angolo superiore della ferita si presenta l'omento ed è questo che aderente alla parete addominale, nella zona paraombelicale simulava rapporti fra il tumore e la parete. — Si punge col trequarti di Koeberlè la grande loggia: escono otto litri circa di liquido sanguinolento che abbandonato a sè per molte ore e giorni *non coagula*.

Con tutta facilità si estrae dalla breccia la grande massa del tumore, estrazione pronta in grazia della puntura; si vuotano pure altre cisti: sulla parete posteriore del tumore si tolgono aderenze tenaci con tre anse del tenue, poi si riscontra una saccoccia che fusa con la parete pelvica nella metà destra rende impossibile l'ulteriore estrazione del tumore; non riescendo neppure a praticare la dissezione di questa sacca, si applica un serranodo di Cintrat sopra tutto il tumore all'altezza della ferita addominale formando così un peduncolo che corrisponde all'istmo dell'utero a sinistra e che comprende la saccoccia non isolabile a destra: a mantenere questa pervia si introduce un drenaggio metallico sul quale viene a serrarsi il filo del costrittore. Si amputa poi la parte soprastante al laccio (2 ctm. al disopra) si fissa questo peduncolo all'angolo inferiore della ferita, e previa accurata pulitura del peritoneo, si chiude il restante della ferita con otto punti (sutura nodosa, seta).

Il tumore esportato, e del quale non trovo nelle mie note il peso, risulta di alcune masse solide (fibromi) e di una quantità di cisti e della parete delle due principali loggie punte durante l'atto operativo ed escise al disopra del laccio. L'atto operativo durò complessivamente un'ora, non si ebbe alcun accidente, pochissimo il sangue perduto.

Andamento consecutivo:

1ª giornata — 5 pom. T. 38,3. P. 80.

Si lamenta di stiramenti lombari, è inquieta, si pratica l'iniezione ipodermica di 1 centigr. di morfina.

8 pom. T. 37,8. P. 100

siringazione — nulla nuovo.

2ª giornata:	8 ant.	T. 37,8	P. 100.
	4 pom.	» 38,3	» 100.
	9 »	» 38,5	» 100.

Si continua nell'uso della morfina per via ipodermica, ventre non meteorizzato. Si rinnova la medicazione, si praticano lavacri con soluzione fenicata nella saccoccia per mezzo del drenaggio metallico: si tocca col termocauterio di Paquelin un punto sanguinante sul moncone uterino.

3ª giornata:	7 30 ant.	T. 37,3	P. 100.
	3 pom.	» 37,8	» 108.
	8 pom.	» 37,7	» 112.

Notte non dormita, sempre dolori addominali, nel quadrante inferiore sinistro vomito di qualsiasi sostanza ingerita; il ventre va facendosi più espanso, si pratica a sera enteroclisma abbondante che determina uscita abbondante di gaz; il ventre si riduce di volume e non ostante le stato generale va facendosi sempre più grave; il polso più frequente e piccolo batte alla mezzanotte 120 volte per minuto.

4ª giornata: continua lo stesso stato, indebolimento progressivo, polso piccolo frequentissimo, vomito insistente, estremità fredde. Morte alle 12 m. — Non venne eseguita l'autopsia.

2.° *Fibromi multipli, in gran parte sotto-sierosi, del corpo dell'utero — Amputazione sopra-vaginale dell' utero e delle ovaja — Trattamento extra-peritoneale del peduncolo — Guarigione.*

Teresa Menini, di anni 39 di S. Giovanni Lupatoto (Prov. di Verona), contadina, mi viene presentata il 14 luglio 1884 dall'egregio Dott. Biasioli in Zevio. Fu mestruata la prima volta a 13 anni e le mestruazioni si ripeterono poi per l'epoca ed il modo sempre regolarmente fino a sei mesi or sono. A 30 anni passò a marito e nei 9 anni di matrimonio non ebbe alcun parto nè aborto.

Sette anni or sono si accorse della presenza di un tumoretto in corrispondenza della branca orizzontale del pube di sinistra; tale tumoretto rotondeggiante, resistente, indolente era mobilissimo; andò lentamente e progressivamente guadagnando in volume, spingendosi a sinistra ed in alto fino a sorpassare la cicatrice ombelicale; sempre si mantenne duro, indolente, mobile.

Da sei mesi le mestruazioni si fecero abbondanti e di tale durata che fra l'una e la susseguente non correvano più di tre o quattro giorni; 4 mesi fa si accorse che l'arto inferiore sinistro si faceva più grosso dell'altro. Dapprima ciò avveniva soltanto verso la sera, da qualche tempo l'edema divenne permanente: nel frattempo perdette molto nella nutrizione e nelle forze; e l'edema comparve anche all'altro arto. All' esame la si riscontra di bassa statura, di colorito assai pallido tendente al giallognolo; le mucose visibili pallide, non si trovano lesioni viscerali importanti e le funzioni della vescica e del retto sono come di norma. Urina senza albumina.

Entro l'addome, che si presenta espanso irregolarmente, si palpa un tumore che dalla inferiore parte dell' addome si porta in alto obliquamente dirigendosi a sinistra.

Tale corpo è a superficie affatto irregolare e con poca difficoltà si riescono a palpare 7 od 8 protuberanze, quali del volume di una avellana, quali di un mandarino; sono dure e quasi assolutamente indolenti, metodicamente palpato tutto il tumore si sente proveniente dai visceri pelvici, duro, poco mobile dal basso all'alto, più mobile da destra a sinistra che non da sinistra a destra: l'estremo superiore sorpassa di due dita la cicatrice ombelicale.

Per vaginam: si trova la bocca uterina a livello dello stretto superiore; nessuna parte di tumore impegnata nello scavo: il

cornice vaginale posteriore piuttosto duro, poco cedevole; l'esame combinato mostra che il corpo che si palpa nell'addome si continua perfettamente con la porzione sottovaginale dell'utero che non è raccorciata, e ne segue i movimenti. Si nota leggera perdita sanguigna dall'utero, la vagina è conseguentemente allungata e stirata in alto a sinistra; si omette l'esame con la sonda perchè inutile; col catetere maschile si trova la vescica stirata in alto e portata a destra.

Diagnosi: fibromi multipli dell'utero. — *Terapia:* amputazione sopravaginale dell'utero: se questa fosse difficile per imprevedute circostanze approfittando della fatta laparotomia si sarebbe praticata la sola castrazione.

L'atto operativo fu praticato il 4 agosto nello spedale di Zevio presenti i signori: Dott. Scudellari, Dott. Bianchini, Dott. Colognato, Massalongo, Salmasi, Mosconi, Chauvenet di Verona, Dottor Duse di S. Giovanni Lupatato, Dott. Biasioli e Schena di Zevio, Benoni di S. Martino B. A. Mi assistè direttamente il Dott. Chauvenet, procedè alla cloronarcosi il Dott. Massalongo.

Furono attuate le consuete norme antisettiche, si usò del polverizzatore a vapore. L'incisione sulla linea alba da due dita dal margine superiore della sinfisi del pube ad un dito dalla cicatrice ombelicale; scoperto il tumore si procedè all'estrazione che fu ostacolata dalla presenza di una cisti del volume di una arancia in corrispondenza dell'ovaio destro, e che richiese il distacco del margine destro dell'utero dal corrispondente legamento largo. Estratto il tumore si praticò un peduncolo con la regione corrispondente all'istmo uterino ed il legamento largo sinistro; stretto con il ligatore di Cintrat si procedè alla consueta amputazione; il legamento largo destro fu separatamente legato ed il peduncolo così risultatone abbandonato nel cavo addominale (la legatura fu fatta con seta fenicata). Il peduncolo uterino fu fissato all'angolo inferiore della ferita addominale. La ferita chiusa con *sette punti* di sutura nodosa con seta.

L'atto operativo durò un'ora. Nessun accidente, non emorragia. Il tumore esportato altro non è che il corpo uterino ingrandito e deformato; pesa grm. 800 e si contano tra grandi e piccoli non meno di 18 fibromi, uno è rammollato nel centro, tutti gli altri con il consueto aspetto.

L'ovaio sinistro è affatto normale; il destro in degenerazione

cistica porta tra le altre la già notata ciste del volume di una arancia.

L'andamento consecutivo non offerse nulla di specialmente notevole; i dolori dei primi giorni furono calmati con ripetuti clisteri di cloralio dapprima, poi con injezioni di morfina; fino dal 3° dì non fu più necessaria la siringazione; fu medicata per la prima volta nella 5ª giornata, nella 9ª furono tolti i punti di sutura alla ferita addominale; nella 10ª l'ago che tratteneva il moncone; nella 11ª il laccio metallico: s'ebbe a notare limitata suppurazione peripeduncolare, e mancato coalito dell'ultimo punto di sutura, in guisa che la piaga che ne risultò venne a far parte dell'infundibolo, la detersione di questo fu assai lenta; tra i differenti topici usati si mostrò il più idoneo il jodoforme.

Il 30 agosto abbandonava il letto per la prima volta essendo ridotto a limitato e poco profondo seno il vasto infundibolo.

Riporto qui la linea termica e quelle del polso e della respirazione nei primi 20 giorni:

(Prima dell'operazione T. 37,4. P. 72. R. 22).

Giorni dell'operaz.	del mese								
1	agosto	4	ore	8	pom.	T. 37	P. 92	R. 36
2	»	5	»	6	ant.	37	92	36
	»	»	»	11	»	37.4	96	36
	»	»	»	3	pom.	37.8	96	32
	»	»	»	8	»	38	96	40
	»	»	»	10	»	37.8	96	32
3	»	6	»	6	ant.	37.6	92	28
	»	»	»	11	»	38,9	98	36
	»	»	»	3	pom.	39,3	102	36
	»	»	»	8	»	38,9	95	36
	»	»	»	11	»	38,7	96	30
4	»	7	»	5	ant.	38,1	88	28
	»	»	»	10	»	38	84	24
	»	»	»	3	pom.	38,2	90	24
	»	»	»	8	»	38,8	96	28
5	»	8	»	7	ant.	37,6	90	24
	»	»	»	11	»	37,6	86	24
	»	»	»	3	pom.	38,1	92	24

Giorni dell'operaz.	del mese						
5	agosto 8	ore	8 pom.	T. 38,1	P. 96	R. 28
6	» 9	»	8 ant.	37,6	88	24
	» »	»	2 pom.	37,6		
	» »	»	8 ant.	38	88	28
7	» 10	»	7 »	37,8	90	24
	» 2	»	2 pom.	38		
	» »	»	8 »	38,2	104	24
8	» 11	»	6 ant.	37,4	88	24
	» »	»	8 pom.	37,6	106	28
9	» 12	»	7 ant.	37,2	104	24
	» 2	»	2 pom.	37,5	96	24
	» »	»	8 »	38,4	108	24
10	» 13	»	6 ant.	37	88	24
	» »	»	2 pom.	37,9		
	» »	»	8 »	37,5	104	26
11	» 14	»	7 ant.	37	84	24
	» »	»	2 pom.	37,8	92	24
	» »	»	8 »	38,1	108	28
12	» 15	»	7 ant.	37,5	100	24
	» »	»	2 pom.	37,8	96	24
	» »	»	8 »	37,8	106	24
13	» 16	»	7 ant.	37,2	88	24
	» »	»	2 pom.	37,7	104	24
	» »	»	8 »	37,7		
14	» 17	»	7 ant.	37,3	96	24
	» »	»	2 pom.	37,4	96	24
	» »	»	8 »	38		
15	» 18	»	7 ant.	37,2	96	24
	» »	»	2 pom.	38,2		
	» »	»	8 »	38,8	100	24
16	» 19	»	7 ant.	37,3	88	24
	» »	»	2 pom.	37,7	96	24
	» »	»	8 »	37,8	100	24
17	» 20	»	7 ant.	37	92	24
	» »	»	8 pom.	37,3	96	24
18	» 21	»	7 ant.	37,6	84	24
	» »	»	8 pom.	38	100	24
19	» 22	»	7 ant.	37,4	92	24

Giorni dell'operaz.	del mese								
19	agosto	22	ore	8 pom.	T. 37,3	P.	96	R.	24
20	»	23	»	7 ant.	37		88		24
	»	»	»	8 pom.	37		96		24

3.º *Cisti ovarica di sinistra libera da aderenze — Laparotomia, escisione del tumore — affondamento del peduncolo — guarigione rapida.*

L.... F.... di anni 37, da Chiesanuova (Prov. di Verona). Nulla di importante nella anamnesi lontana, un parto a termine, naturale, seguito da puerperio normale sei anni fa.

Da trenta mesi data il male per il quale ora ricorre a noi presentataci dal collega Dott. Aurelio Benani che primo vide la paziente e riconobbe il male.

Dalla regione bassa del quadrante inferiore destro cominciò a notare la F... lo svolgimento di un tumoretto accompagnato da dolori e da senso di peso e di stiramento specie verso la parte esterna del quadrante inferiore destro. Lento dapprima nel suo svolgimento da qualche tempo si accorse la L.... che il tumore cresceva con insolita rapidità e contemporaneamente avvertì dolori vaghi alla base del torace destro. La mestruazione si mantenne regolare e l'ultima comparve alla metà di luglio 1884. In quest'epoca si portò nel paese di S. Martino B. A (a pochi chilometri da Verona), decisa di qui subire la cura radicale.

La nutrizione è buona; nessun apprezzabile disturbo agli apparati nervoso, circolatorio, respiratorio e gastro-intestinale.

Richiama subito l'attenzione l' ispezione dell'addome: è questo irregolarmente disteso da una tumefazione che la deforma, rendendolo maggiormente prominente nel quadrante inferiore destro. Si può sentire nell'addome un corpo ovoidale, col maggior asse diretto obliquamente in alto ed a destra, sorpassante di tre dita trasverse la cicatrice ombelicale: non è uniformemente fluttuante, può solo in parte spostarsi verso sinistra, per la vagina si sente l'utero mobilissimo retroverso, nel fornice anteriore si sente una porzione di tumore resistente, affatto indipendente dall'utero, in intimi rapporti invece con il tumore che si palpa nell'addome.

Si decide, per la cura radicale, di estirpare il tumore.

L'atto operativo si praticò il 21 luglio alle 10,30 ant. in San Martino B. A. Presenti i signori Dott. G. Leoni, medico primario nello spedale civile, Dott. Colognato, Mosconi, Salmasi, Massalongo, Comini, Chauvenet di Verona, Benoni di S. Martino B. A., Biasioli e Schena di Zevio.

Durò complessivamente 18 minuti: la cisti libera da aderenze partiva dall'ovaia sinistra, il peduncolo fu abbandonato nell'addome. Non si fece uso del polverizzatore a vapore; anestesia cloroformica.

La temperatura toccò una sola volta 38° in 3ª giornata allorquando comparve con anticipazione di 10 giorni la mestruazione.

In 9ª giornata furono tolti tutti i punti, il coalito era completo, la donna abbandonò il letto; un mese dopo visitata si riscontrò una cicatrice lineare bellissima e solida, l'utero affatto mobile.

Andamento della temperatura e del polso:

21 luglio	ore 11 pom.	P. 68	T. 37,5
22 »	» 7 ant.	72	37,4
	» 12 ant.	76	37,5
	» 5 pom.	72	37,5
	» 8 ½ pom.	80	37,5
	» 11 pom.	78	37,4
23 »	» 7 ant.	80	37,4
	» 2 pom.	90	38
	» 8 ½ pom.	84	37,5
24 »	» 7 ant.	82	37,2
	» 2 pom.	80	37,3
	» 8 pom.	72	37,2
25 »	» 8 ant.	68	37
	» 2 pom.	68	37,2

Nota — Voglio qui ricordare *due altre laparotomie* eseguite recentissimamente la prima a scopo ginecologico, la seconda a fine chirurgico nello stretto senso della parola.

Il 9 settembre operai nello spedale di Zevio, Margherita..... di Verona, di anni 60, portante una voluminosa cisti para-ovarica destra; aperto il ventre, svuotato il tumore ed escisa tutta la

parte a sviluppo addominale non riuscì la enucleazione della porzione sviluppata nel legamento largo destro, e fu in conseguenza necessità il cucirla ai margini della ferita. Al momento in cui scrivo (20 settembre) la paziente promette una completa guarigione. Mi riservo di pubblicare il caso qualunque ne possa essere l'esito.

L'altra laparotomia è fuori del campo ginecologico: fu praticata il dì 14 settembre pure nello spedale di Zevio sopra un vecchio di anni 71 che da cinque giorni presentava tutti i segni di una occlusione intestinale. — Non riporto alcuno dei particolari perchè affatto inutili ai lettori di questi *Annali;* dirò solo che dopo poche ore dall'atto operativo l'infelice cessava di vivere.

Settembre 1884.

PROVA SPERIMENTALE

DELLA

MIGRAZIONE ESTERNA DEGLI OVULI

Breve relazione delle modificazioni provocate dai lacci perduti nel cavo peritoneale.

TESI DI LAUREA

di BRUZZI Dott. AUGUSTO
R. Università di Modena.

(Giudicata degna di stampa dalla commissione esaminatrice).

Indirizzato dal gentilissimo ed egregio Professore Ercole Federico Fabbri, volli eseguire alcuni esperimenti su conigli, allo scopo di ottenere gravidanze extrauterine per poter studiare il modo di sviluppo, le metamorfosi che devono subire i varii tessuti su cui si impianta l'ovulo deviato.

Fondandoci quindi sulla fisiologia degli organi generativi femminei e sulla eziologia delle gravidanze extrauterine stesse si pensò di creare artificialmente quegli ostacoli al libero corso degli ovuli, che impedissero la loro entrata nella cavità uterina, senza però metterli fuori dalla possibilità di venir fecondati.

È ormai noto che gli spermatozoi, esclusivamente pei movimenti di cui sono dotati, percorrono la via dell' utero, arrivano nelle tube, ove secondo le esperienze di Gerbe e di Coste, per lo più avrebbe luogo la fecondazione. È ammesso ancora che dalle tube possono insinuarsi e vagare nel cavo peritoneale, talchè è pur possibile che gli ovuli espulsi da un ovaio, vengano fecondati dagli spermatozoi entrati nel peritoneo per la tuba del lato

opposto. D'altra parte, quantunque non si neghi l'importanza dell'addossamento del padiglione all'ovario, per opera del muscolo attraente della tuba, tuttavia i fisiologi sono inclinati ad accettare anche la teoria del Becker, la quale ammette che, qualora l'ovulo espulso dal follicolo non si trovi accolto subito dal padiglione, cada in preda alla corrente sierosa intraperitoneale determinata dalla vibrazione delle ciglia epiteliari della tuba del lato corrispondente e per mezzo di tale corrente possa arrivare nella tuba stessa, dove oltre all'azione diretta dell'epitelio vibratile s'aggiungerebbero le contrazioni vermicolari tubarie, che lo spingerebbero fino all'utero.

Ammesso ciò, se si chiude la via ai nemaspermi da un lato, e si tolga dall'altro l'ovaio, onde evitare che gli ovuli corrispondenti alla tuba pervia discendano fecondati nell' utero, gli ovuli dell'ovaio restante potranno venir fecondati medesimamente; giacchè, come si è detto, gli spermatozoi possono passare da un lato all'altro; e si svilupperanno se pur trovano terreno adatto, entro la tuba se questa fu chiusa all'ostio uterino (gravidanza tubaria), o nel caso peritoneale o sull'ovaio se la tuba stessa fu chiusa all'ostio addominale, o, se meglio, fu completamente asportata (gravidanza addominale ed ovarica).

Questo appunto è ciò che si cercò di ottenere coll'esperimento.

I processi da me usati si possono dividere in due specie, a seconda dello scopo. 1° Per ottenere gravidanze tubarie, asportare l'ovaio di un lato e legare la tuba del lato opposto presso all'ostio uterino; con che il seme non trovando pervia che una tuba salirebbe per quella, ma ivi manca pure l'ovaio e perciò migrando andrebbe a fecondare gli ovuli all'altro lato, i quali non potrebbero che svilupparsi lungo la tuba essendo questa chiusa all'ostio uterino. 2° Per ottenere gravidanze addominali od ovariche asportare medesimamente l'ovaio di un lato e dippiù asportare anche la tuba del lato opposto, sicchè gli ovuli fecondati da nemaspermi venuti dal lato opposto, non trovando neppur un tratto di tuba pervio si svilupperanno o nel cavo addominale o sull'ovaio.

Gli esperimenti io li praticai negli ultimi giorni di luglio e nei primi di agosto dell' anno scorso. Operai otto coniglie, una delle quali morì al settimo giorno dall'operazione con fenomeni di entero-peritonite. Le altre sette guarite perfettamente le misi in compagnia di un maschio. Aspettando ansiosamente un risultato arrivò il novembre, epoca nella quale, incominciando le lezioni, dovetti abbandonare i conigli e venire a Modena.

Il giorno 15 dicembre mi si dice che una delle coniglie ha partorito quattro feti, trovati morti; mi faccio tosto portare la coniglia, che era stata l'oggetto del 2° Esperimento ossia in essa era stata praticata l'asportazione dell'ovaio sinistro e della tuba destra. La sacrifico e ne faccio l'autopsia.

Eccone il reperto:

Incisi i tegumenti sulla linea mediana addominale, si nota una striscia bianca corrispondente all' incisione praticata nell' esperimento, striscia di tessuto cicatriziale larga circa due centimetri. Penetrato nel cavo peritoneale alcune anse del tenue aderiscono per sottili briglie al peritoneo parietale pure ispessito. La vescica è piena e si vuota. Andando in cerca degli organi generativi si trova: la vagina ampiamente dilatata ad ampolla e contenente un liquido scorrevole, trasparente; le sue pareti sottili e percorse da un' esilissima rete sanguigna: il corno uterino destro di aspetto normale aderente per una piccola briglia ad un' ansa intestinale, termina con un piccolo tubercolo, residuo del punto ove venne tagliata e legata la tuba, tubercoletto di color giallastro duro ricoperto da un'esile membranella che racchiude il laccio disgregato ne' suoi elementi: il legamento uterino corrispondente ispessito e infiltrato d' adipe: la tuba manca completamente e la distanza che separa il capo del corno uterino dall'ovaio è diminuito per retrazione del legamento tubario tagliato e ridotto a 2 cent. Ovaio destro normale. Il corno uterino sinistro, trovasi invece di grossezza maggiore del destro, appiattito, ha una larghezza di circa 8 mm., di color grigio bluastro descrive tre curve; il detto colorito fondamentale è tratto tratto interrotto da quattro striscie trasversali biancastre larghe circa 4 mm. in corrispondenza delle quali il corno è alquanto più stretto.

Evidentemente i grandi segmenti bluastri corrispondevano ai tratti di corno uterino che accoglievano i fili e le striscie trasversali biancastre ai tratti di tessuto uterino retratto, interposti fra l'uno e l'altro.

La tuba corrispondente scorre esile e di color roseo su di un legamento ricco di adipe e finisce col suo padiglione marcato pel colorito rosso. L'ovaio sinistro manca completamente e nel punto ove trovavasi, esiste un ammasso di adipe, nel quale col microscopio non fu dato di scoprire alcuna traccia di tessuto ovarico e col microscopio pure si trovò che nel moncone della tuba asportata non esisteva traccia di canale.

Tale reperto fu controllato dal Prof. Fabbri. Che cosa era adunque avvenuto in questo caso? La gravidanza non era stata extrauterina come attendevasi; era invece avvenuto una vera gravidanza uterina e precisamente nel corno uterino a cui apparteneva la tuba pervia e normale, e rimpetto alla quale mancava totalmente l'ovaio. L'interpretare come ciò sia avvenuto, certamente non è difficile.

Gli ovuli che venivano espulsi dall'ovaio destro unico restante, non potevano certamente venir attratti dalla corrente sierosa della tuba destra perchè questa mancava, dippiù ogni comunicazione era tolta, la quale potesse far pensare ad una migrazione interna, ossia che gli ovuli per il corno uterino destro fossero discesi nel corpo e quindi entrati nel corno sinistro; ovuli dell'ovaio sinistro non potevano essersi staccati perchè di questo ovaio non ne rimaneva traccia; non resta quindi che ammettere che gli ovuli dal lato destro siano passati a sinistra attraverso il cavo peritoneale e entrati nella tuba e corno uterino corrispondenti e quivi siansi sviluppati, ossia che sia avvenuta la migrazione esterna delle uova.

La possibilità della migrazione esterna è accennata dallo Schroeder, e diffatti citando esso, numerosi casi patologici di gravidanze descritti dal Leopold, Rokitansky, l'Oldham, Luscka, dal Weber e Ebenoff, ecc. ecc., nei quali o mancava o era chiusa perfettamente una tuba e il corpus luteum verum era al lato opposto, ne dà appunto la spiegazione mediante tale meccanismo, ammettendo o che false membrane abbiano potuto attrarre l'orificio addominale di un lato verso l'ovaio dell'altro, o che per occlusione di una delle trombe e quindi per la mancata corrente sierosa di questo lato, l'ovulo sia caduto nella corrente sierosa dell'altro.

Tali fatti costituiscono certamente un buon fondamento alla teoria della migrazione esterna degli ovuli, ma la prova sperimentale, per quanto so, credo non si sia ottenuta. Perciò quell'unico risultato avuto da' miei poveri esperimenti, sembrami portare appoggio a tale teoria; inquantochè, se non si vogliono assolutamente accettare come comprovanti la migrazione esterna, i fatti descritti dagli autori, non si potrà negare nel caso sperimentale. E non si può negare perchè come s'è detto, nessuna traccia dell'ovaio sinistro restò che potesse dar luogo alla fuoruscita dei quattro ovuli fecondati, giacchè a conferma di ciò si è

fatto l'esame microscopico, col quale nessuna traccia di tessuto ovarico apparve nei tagli fatti sul posto; dippiù il moncone della tuba era perfettamente chiuso il che toglie la possibilità di una migrazione interna. Inoltre, nel nostro esperimento non è permessa l'obbiezione che l'occlusione della tuba siasi effettuata a gravidanza già iniziata, obbiezione che potrebbe benissimo farsi ai casi clinici.

Non resta quindi, a mio avviso, alcun dubbio per ammettere la migrazione esterna, e si ammetterà senza il bisogno di ricorrere, come lo Schroeder, al fatto di stiramenti o spostamenti della tuba, ma unicamente pel fatto della soppressione della corrente sierosa generata dalle ciglia vibratili della tuba di un lato, e per il predominio della corrente opposta che estende, per così dire, la sua azione fino all'altro lato.

Affinchè non rimanessero infruttuosi gli altri esperimenti, pensai di sacrificare le sei coniglie che mi restavano, allo scopo di vedere che sorte aveano subito i lacci perduti nel cavo peritoneale. Con ciò non intendo di esporre cose nuove, ma unicamente di confermare coll'esperimento ciò che da altri pure fu osservato. Ed ecco i risultati ottenuti nei varii esperimenti, tenendo unicamente di mira gli organi generativi:

1° Esperimento: *Asportazione dell'ovaio sinistro e legatura della tuba destra.* Si trova che nel punto ove era l'ovaio, esiste un tubercoletto grosso come un grano di miglio gialliccio, che inciso vedesi formato di una sottile membranella che racchiude un po' di liquido trasparente e il laccio quasi nello stato in cui fu messo. Nel punto in cui fu legata la tuba destra, non si trova alcuna traccia di filo, mentre poi la tuba è perfettamente strozzata.

2° Esperimento: diede luogo alla migrazione esterna.

3° Esperimento: morì sette giorni dopo l'operazione.

4° Esperimento: erasi praticata l'*asportazione dell'ovaio destro* e la *legatura della tuba sinistra;* e si trova che non esistono traccie di ovaio, e nel punto ove fu posto il laccio si vede un tubercoletto cistico, che assieme al liquido contiene l'ansa di filo, un po' disgregata ne' suoi elementi; il laccio posto alla tuba è nello spessore della stessa ricoperto da una membrana neoformata, talchè per levarlo, bisogna dividere quasi totalmente la tuba.

5° Esperimento: *Asportazione dell'ovaio destro e della tuba si-*

nistra. Non si trovano traccie nè di ovaio nè di tuba; all' apice del corno uterino, dal quale fu staccata la tuba si rinviene il solito tubercoletto cistico, entro al quale esistono traccie di filo; e sul posto dell'ovaio invece non si ha che un cumulo d'adipe nel quale non si trova traccia di filo.

6° Esperimento: *Legatura della tuba sinistra e asportazione dell'ovaio destro;* non si ha traccia di legatura sulla tuba, che però è resa impervia presso al corno uterino; nel punto di legatura dell'ovaio destro appare come un piccolissimo punto gialliccio che contiene pochi detriti di una materia gialla ma in pochissima quantità.

7° Esperimento: *Asportazione dell'ovaio sinistro e della tuba destra.* Nel posto dell'ovaio mancante esiste un piccolo tubercoletto che all'apparenza si direbbe un pezzetto di tessuto ovarico rimasto in posto, sotto al quale si trova il laccio ricoperto da un'esile membrana. La tuba destra manca per un lungo tratto, ne resta una piccola porzione aderente all' ovaio e tutta ravvolta su sè stessa, e aderente; non si trovano traccie di lacci.

8° *Asportazione dell' ovaio destro, legatura della tuba sinistra.* La tuba sinistra è chiusa e persiste ancora il laccio; non si hanno traccie di ovaio, nè del laccio a destra.

ALCUNE OSSERVAZIONI CLINICHE

SULLA

MEDICATURA ENDO-UTERINA CON IL BICLORURO DI MERCURIO

NELLA INFEZIONE PUERPERALE

raccolte e pubblicate

dal Dott. **GIUSEPPE GIGLIO**

Medico-Assistente nella Sala ostetrico-ginecologica dell'Ospedale Civico di Palermo.

Gli è da circa due anni che nel R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze si usa, su vasta scala, come in altre cliniche, Torino, Novara, ecc., il bicloruro di mercurio quale antisettico, disinfettante, ecc., sostituito all'acido fenico in tutto, eccetto che nella nebulizzazione. Gli effetti ottenuti sono finora soddisfacenti e non è molto remoto il tempo in cui saran resi di pubblica ragione. Gli è dunque assai volontieri che accolgo negli *Annali di Ostetricia*, la nota clinica del Dott. Giglio, sebbene vi si tratti di pochi casi clinici.

D. Chiara.

L'importanza pratica, che possono avere i risultati clinici da me ottenuti colla medicatura endouterina al sublimato corrosivo nella infezione puerperale, mi spinge a renderle noti, tanto più che hanno avuto la controprova nelle esperienze intraprese sui conigli, assieme al primo assistente del Gabinetto di Anatomia Patologica, egregio Dott. Scardulla.

Debbo intanto rendere pubbliche grazie alla gentilezza del mio Prof. Dott. Giovanni Cosentino, che assume il servizio della sala

ostetrico-ginecologica dell'Ospedale Civico, se abbia esattamente potuto seguire queste osservazioni, che messe a confronto colla medicatura endouterina all'acido fenico, mi hanno portato al risultato definitivo, che nelle infezioni gravi bisogna sempre anteporre l'azione più efficace del sublimato.

Riferisco i singoli casi:

1.° Caso. — Mezzatesta Pietra, d'anni 19, cameriera, di sana costituzione fisica, entrava in travaglio al 9° mese dal suo primo concepimento. Dopo 11 ore si espletava il parto colla nascita di un feto maschio vivo in P. V. O I S A.

Il secondamento spontaneo si avverava dopo tre minuti e il fondo dell'utero, misurato subito dopo, sorpassava di 12 ctm. appena la sinfisi pubica.

La lochiazione si mantenne sanguinolenta nei primi due giorni, in cui la puerpera fu sfebrata, ma al 3° giorno che s'iniziava un puerperio patologico per febbre settica grave, il lochio divenne puzzolente e muco-purulento. Nei giorni in cui il rialzo febbrile fu massimo, l'involuzione uterina fu minima, sebbene di fatti obiettivi non si notò che leggiero tumore di milza e discreta dolorabilità alla pressione nella sezione inferiore del ventre, senza che si potesse marcare alcuna zona di ottusità.

Esaminato il liquido lochiale al microscopio, si notarono poche cellule epiteliali grandi a grosso nucleo, pochi globuli di sangue e cellule di pus in molta quantità. Nel protoplasma di queste cellule poi si rinvennero molte sperule, micrococchi semoventi, e batteri di putrefazione sparsi sul campo del microscopio o collegati in serie.

Le urine rivelavano tracce di albume che esistevano del resto durante la gravidanza.

Alla inefficacia dei chimici e degli eccitanti per uso interno e delle irrigazioni vaginali fenate, pensai sostituire la medicatura col sublimato corrosivo. Consigliato a far ciò dal mio primario, praticai la prima iniezione endouterina al 5° giorno del puerperio, 3° giorno di piressia.

Iniettai due siringhe di Braun piene, aspirandone il liquido dopo qualche minuto. La temperatura per quel giorno non si elevò, anzi da 39,2 discese la sera a 39, per decrescere il giorno appresso fino a 38,5, e il fondo dell'utero, mentre sorpassava la sinfisi di 14 ctm. subì l'involuzione di altri 3 ctm.

Alla seconda seduta, iniezione di tre siringhe piene, la temperatura raggiunse il normale (37,5) e l'involuzione uterina misurò 9 ctm.

Sicuro del risultato ottenuto, dopo due sole iniezioni ne sospesi l'ulteriore uso, lasciando le sole irrigazioni vaginali al sublimato, ma la febbre ricomparve a tipo serotino senza brividi, per cui fu duopo ritornare alla medicatura endouterina che guariva dopo tre altre sedute la puerpera.

Nei giorni di apiressia l'osservazione dei lochi mostrò una diminuzione notevole di microorganismi, i quali erano già privati dei loro movimenti.

Temperature		Evoluzione endouterina subito dopo il parto	
m.	s.	m.	s.
34,8	37,5	12	12
37,4	38	19	19
39,5	39	18	18
39,1	41	18	18
39,2	39	15	14
38,8	38,5	14	14
38,5	38,7	11	11
37,5	38,3	10	10
37	39,5	8	9
38	40,8	7	7
38,1	39,5	7	7
36,5	37	5	5

Dal 12 in poi apiressia completa e graduale involuzione dell'utero,

Al 20 agosto, quando la donna partiva guarita, l'utero era già ricacciato nella piccola pelvi, il collo poco involuto, fesso ai lati fin quasi ai fornici, con orifizio esterno ancora aperto, lochi quasi scomparsi.

2.° Caso. — Citarella Concetta entrava in travaglio ad otto mesi di gravidanza incompleti. Il parto si avverava due giorni dopo colate le acque, con secondamento spontaneo.

Nei primi giorni di puerperio si notò una temperatura subfebbrile alla sera, quando sopravvenne (4° giorno di puerperio) un

brivido di freddo della durata di pochi minuti, seguito da febbre alta (39,5), meteorismo e dolorabilità alla pressione sulla regione ipogastrica.

Sino a questo punto la puerpera non si era assoggettata che a due sole irrigazioni vaginali di sublimato in un giorno.

Esaminato il giorno stesso del brivido il liquido lochiale al microscopio con obbiettivo N. 8 ad immersione, si rinvennero cellule di pus, globuli di sangue, alcuni in disfacimento, qualche cellula epiteliale nucleata, ed innumerevole quantità di micrococchi con movimenti propri vertiginosi, alcuni dei quali compenetrati nel protoplasma delle cellule di pus, avevano una vitalità straordinaria.

Si pensò allora col Dott. Scardulla, presente l'illustre Professor Sirena, di far passare una corrente di sublimato (2 in 10 mila) sul vetrino, e si notò questo; che a maniera che si inoltrava il liquido, andavano estinguendosi i movimenti attivi dei microgermi, finchè restarono completamente annullati. Però con nostra sorpresa vedemmo rinascere la vitalità in taluni di essi, quando abbiamo fatto passare una corrente d'acqua distillata pura.

Questi fatti già accennati, ed altri che verrò in seguito esponendo, mi traggono a queste due conseguenze: 1.º che le sole irrigazioni vaginali non bastano ad impedire la possibilità d'una infezione, giacchè i prodotti di eliminazione dell'utero, che restano in cavità, entrando in putrefazione, non disinfettati direttamente, possano caricarsi di germi, che coll'aria penetrano; onde la necessità di irrigare antisetticamente la cavità uterina; 2.º che il dosamento della soluzione al 2 in 10 mila non riesce assolutamente efficace per uccidere tutti i germi, potendo restare alcuni di essi come storditi momentaneamente, pronti a spiegare più tardi la loro azione, quando nuovo liquido lochiale, non disinfettato viene a fornire loro il terreno di coltura.

Così io mi spiego il perchè non si ottiene uno sfebramento rapido coll'impiego della soluzione in quel modo dosata; si perturba l'andamento del processo infettivo, si modifica, attenuando la gravità dello stesso, ma passano ancora dei giorni per vedere sfebrata l'inferma.

Intanto non possiamo impunemente aumentare le proporzioni del sublimato, se il caso grave non c'impone; avendo da fare con una piaga irregolare ed infruttuosa, qual'è quella che risulta dal distacco placentare, ove si trovano ampiamente aperti degli orifizii venosi e linfatici, capaci di assorbire.

Le proporzioni adoperate all'un per mille sono certo esagerate e possono impiegarsi poche volte, affine di rendere asettica una superficie settica, continuando dopo o la soluzione al sublimato più leggiera o l'acido fenico, che mentre giova all'antisepsi non può nuocere tanto nell'assorbimento.

Così ho fatto in questo terzo caso, che sarò per descrivere.

Nella Citarella non ripetei che due sole volte le schizzettature entro l'utero (2 in 10 mila); alla prima fatta la sera del 1.° settembre si ebbe una diminuzione di temperatura, alla 2ª, praticata il giorno appresso, seguì lo sfebramento che portò la puerpera a guarigione.

Nei lochi, esaminati dopo le iniezioni, si trovarono sempre dei micrococchi privi affatto di movimenti. Sulla loro entità non ci ebbe a restare alcun dubbio perchè furono trattati con tutti i sistemi di colorazione, col bleu di metilene, col picrocarminato, ecc. e furono i preparati controllati dall'Egregio Prof. Sirena.

Un'altra controprova esperimentale abbiamo voluto fare sugli animali, assieme al signor Scardulla, iniettando il lochio di questa donna con germi vivi in un coniglio, mentre s'inoculava lo stesso annullato dal sublimato (2 in 10 mila) in un altro coniglio d'uguale peso. Il 1.° ebbe la febbre ed è tuttavia febbricitante, trovato morto il 22 settembre causa mortis pulmonite, endocartite zimotica, il 2.° è stato sempre sfebrato. Daremo quanto prima più minuziosi dettagli sul tema sperimentale: *Sulla febbre puerperale e sulla inoculazione dei lochi nei conigli con mezzi antisettici,* che stiamo collaborando coll'amico Dott. Scardulla, sperando, se riusciamo, di mitigare a vincere questi processi febbrili infettivi colla inoculazione nel sangue di sublimato e di altre sostanze antisettiche.

Il lochio d'una terza puerpera sfebrata, in cui esistevano pochi micrococchi privi di movimenti, qualcuno solo mobile, inoculato in un 3° coniglio, non determinò che tre soli giorni di febbre.

La virulenza dunque dipende non solo dalla quantità dei germi, ma dalla loro vitalità, che cresce in terreni più o meno propizii. La donna da cui fu preso quest'ultimo liquido era contadina, robusta e piena di salute, il parto era stato fisiologico e quindi le sole irrigazioni vaginali bastarono a rendere inattivi quei pochi germi che si erano depositati nei lochi.

Non resta quindi alcun dubbio sull'azione attiva locale del sublimato, e se perdura per altri pochi giorni la febbre, attenuata,

ciò si deve certamente all'azione di quei germi che sono già entrati nel torrente circolatorio compenetrandosi nelle cellule liquide, ma la loro azione dura fino a quando l'organismo non l'abbia elimato.

È duopo quindi distruggere subito con mezzi diretti questi microrganismi, chiudendo loro la porta d'entrata, e mettendo l'organismo in condizioni tali da reagire energicamente.

Per queste ragioni non ho tralasciato la prescrizione giornaliera dei chinacei e la somministrazione della mistura antifebbrile del Dott. De' Giovanni così formulata:

Acqua distillata di camomilla romana . .	grm.	150
Estr. d'ergotina	ctmg.	60
Tintura di valeriana	grm.	12

Non voglio discutere il valore di queste medicine in una febbre da infezione puerperale, perchè è a tutti noto che non possono spiegare una grande influenza diretta. Come tralascio di obiettare il dubbio messo avanti da taluni, che in simili casi non si debba trattare di una febbre puerperale, giacchè gli esperimenti positivi sui conigli, ch'io ho accennato, ce ne hanno dato la certezza.

Del resto il caso seguente, molto più grave, non lascia alcun dubbio.

Darò intanto la curva febbrile e la scala dell'involuzione uterina della Citarrella.

	Temperatura m.	Temperatura s.	Involuzione endouterina		
Agosto 29	—	38,9	Dopo l'uscita del feto	ctm.	12
	37	38,3	Subito dopo emessa la placenta	»	8
	38,3	38,2			
	38,8	39,5	29 agosto sera . . .	»	10
	38,2	38,3	30	»	9
	38,4	38,5	31	»	10
	37,4	37,1	1	»	10
	37	37,3	2	»	10
			3	»	8
Sfebrata sino al 7 settembre.			4	»	6
			5	»	4

Partiva il 7 settembre con involuzione uterina lodevole, lochiazione scarsa fisiologica.

3.° Caso. — Gallo Carmela, di anni 23, estenuata da 6 giorni da emorragia per aborto a 2 mesi con resti placentari, veniva alla nostra osservazione con fisonomia scomposta, polsi piccoli, quasi anemica, lochiazione sanguinolenta fetidissima.

Avendo il Prof. Cosentino esplorato l'utero, potè riuscire appena ad estrarre un 15 grammi di resti placentari e deciduali, ma dovette subito desistere, perchè l'inferma cadeva in sincope. Fatta una sola irrigazione vaginale di sublimato si pensò a rianimare l'inferma cogli eccitanti, lasciandola per allora in riposo. Non fu possibile praticare il raschiamento col cucchiaio, nemanco il giorno dopo, attese le condizioni gravi, ma visto che i brividi di freddo sopravvenuti si succedevano, e la temperatura incalzava, feci la prima iniezione endouterina (2 in 10 mila) al 7° giorno dall'aborto, continuando l'infezione grave e l'innalzamento di temperatura, iniettai sublimato all'uno per 1000 due volte in un giorno ed ottenni una rilevante diminuzione di calore, il 14 settembre la temperatura da 41 era già scesa a 38,3. D'allora la temperatura ha oscillato tra 38,5 e 39, i brividi non si sono più ripetuti e il generale della donna è molto migliorato, e ciò può accertare la guarigione assoluta, mentre la sera del 12 e il mattino del 13 si dovettero sostenere i polsi con iniezioni ipodermiche di muschio.

Dopo la prima schizzettatura endouterina all'uno per 1000 sopravvennero doloretti di stomaco e vomito, per cui fu duopo desistere parecchi giorni da quella cura, ricorrendo all'acido fenico. Scomparsi dopo due giorni questi sintomi sospetti, ritorno al sublimato forte, che adopero sempre ad intervalli lunghi.

In questo caso gravissimo ho potuto ottenere lo sfebramento completo dopo 12 giorni.

Due giorni dopo la tornata apiressia la inferma emise un pezzo di placenta in via di putrefazione del peso di 20 grm. circa.

Questa donna ha negato sempre di prendere qualunque medicina, quindi sono autorizzato a riferire il miglioramento alla cura locale.

Temperature

	m.	s.
11 settembre	—	38
	38,6	40,3
	39,5	41
	38,3	38,5
	38,5	39

39	39,5
38,7	39
38,8	39,4
39	39,5
39	39
39,1	39,8
39	38

Dopo sempre apiretica.

L'involuzione dell'utero non la potei seguire perchè la donna non si prestava alla palpazione profonda del ventre, soverchiamente sensibile. La lochiazione che è stata abbondante e fetida, comincia ora ad essere scarsa e inodore, sempre muco-purulenta.

4.º Caso. — Non meno importante è questo caso.

Caterina Trentacoste, d'anni 39, contadina, si sgravava spontaneamente il 6 settembre d'un feto prematuro settimestre, dopo cinque giorni di travaglio. La praticante che l'assisteva, vedendo ritardare il secondamento, pensò introdurre la mano in vagina strappando a brani la placenta. Una gran parte, che fu lasciata nell'utero, determinò emorragie tanto imponenti che la donna il 7 settembre chiedeva l'aiuto dell'Ospedale, sentendo venir meno le forze.

La sera del 6 la puerpera era stata assalita da forte brivido di freddo, della durata di mezz'ora, che fu poi seguita da febbre altissima.

Trovandomi io di guardia in quel momento, volli esplorare l'utero, ove trovai dei resti di placenta in putrefazione e aderenti alla parete posteriore e fondo dell'utero, che raschiai col dito (un 30 grammi circa) iniettando subito dopo tre siringhe di Braun piene di sublimato al 2 in 10 mila. Praticate inoltre ripetute irrigazioni vaginali della stessa soluzione, trovai alle 8 pom. la temperatura di 38,2, i polsi si erano già rianimati cogli eccitanti e la inferma non si lagnava che d'un senso di dolore alla regione uterina per le manovre fatte. Nessuna zona di ottusità marcabile, nè alcuna lacerazione ai genitali.

Il giorno appresso lo sfebramento fu completo e sospesi la cura endouterina e vaginale per ben tre giorni. L'aver fatto molto a fidanza col risultato rapidissimo, fece si che ritornò la febbre, non

preceduta da brividi, ma sorda all'azione del chinino, per cui fu duopo ripigliare le irrigazioni in vagina.

Esame microscopico dei lochi.

Cellule epiteliali piatte nucleate, nuclei e granulazioni protoplasmatiche sparse, cellule di pus, batteri di putrefazione nuotanti nel liquido e microbi fissi dentro e fuori i corpuscoli di pus. Questo liquido fu inoculato ai conigli.

Temperature			Involuzione uterina	
	m.	s.		
7 settembre	—	38,2	7 settembre	ctm. 10
	37,8	37,6		9
	37	38,1		10
	38	38		9
	38	38,8		8
	38,5	39		8
	38	38,5		7
	37	38,5		7
	37	37,5		6
	37	37,6		4
	37	37,5		2
Sempre sfebrata in poi.			Del resto invol. completa.	

Taluno, per il tipo intermittente che si osserva taluni giorni, e per la poca elevata temperatura potrebbe mettere innanzi la possibilità che si trattasse in queste donne d'una possibile recrudescenza di febbre malarica, ma io per quanto ricercai sui precedenti non trovai nulla riferibile ad infezione palustre, nè esisteva tumore cronico di milza, abitavano del resto in città quartieri salubri.

A questo aggiungo che una febbre di origine palustre avrebbe dovuto risentire l'azione del chinino, mentre in nessuna io vidi modificare il tipo nelle somministrazioni anche alte di chinino. È credibile poi che tutte dovevano tenere nascosto in corpo il bacillus malariæ.

È indiscutibile, a mio modo di vedere, che la medicatura endouterina di sublimato abortisce il processo infettivo, e gli dà una impronta speciale, che non è quella della intermittenza, nè quella precisa della continua remittente.

Dopo queste, altre tre puerpere, che ebbero parti fisiologici, e

che furono sottoposte alla antisepsi locale di sublimato subito dopo il parto non furono mai febbricitanti e partirono apirettiche al 7° ed 8° giorno di puerperio, con lochiazione regolare, inodore ed involuzione uterina ottima.

Dal confronto che io ho potuto fare con altri casi di infezione puerperale per resti placentari, in cui si adoperò l'acido fenico (2 ½ per % 5 per %), ricavo che con questo si ha qualche decesso a un prolungamento grave della malattia, mentre con sublimato ho visto guarire tutti finora.

Sicchè io conchiudo stabilendo come massima le irrigazioni vaginali di sublimato (zinco misto) subito dopo il parto, e le iniezioni endouterine nelle stesse proporzioni appena s'inizia un processo febbrile, che se poi questo diventa grave allora bisogna ad intervalli usare il sublimato forte 1 per 1000.

R. Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze

diretto dal Prof. Cav. D. CHIARA

Rendiconto del 1.° semestre 1884.

I. — Sezione ostetrica.

Il 1° gennaio esistevano in clinica (sezioni legittime ed illegittime) N. 25 ricoverate.

Dal 1° gennaio al 30 giugno vennero ricoverate 291.

Si ebbero in questo frattempo parti	naturali	201
	artificiali	42
(di cui 2 pel fronte, 1 artific. e l'altro spont.).		—
	Totale	243

Partirono prima di sgravarsi	25
Furono ricoverate puerpere	8
Il 30 giugno restavano gravide	35

Atti operativi.

Estrazione manuale	7
Rivolgimento	7
Forcipe	21
Embriotomia sul capo	2
Estrazione manuale dell' ovo abortivo	1
» » della placenta	2
Isterostomatotomia	1
Perineorafia	1
Interruzione artificiale della gravidanza	5
Totale	47

Morte 4.

II. — Sezione ginecologica.

Il 1° gennaio esistevano in clinica 9 donne.

Dal 1° gennaio al 30 giugno vennero ricevute 124.

Al 30 giugno restavano in clinica 18.

Ricoverate:

per malattia dell'apparato vulvare	1
» » vaginale	12
» del collo uterino	29
» del corpo uterino	53
» delle ovaia	8
» degli annessi	14
» extragenitale	16
Operazioni praticate	133

1° a scopo diagnostico: laparotomie	1	
Punture addominali e vaginali	5	
2° a scopo terapeutico: laparotomie	6	(4 per castrazione)
Amputazione del collo	1	
Raschiamenti	15	
Punture evacuatrici	3	
Ablazione di polipi	4	
Iniezioni intraut. previa dilatazione	10	
Elitrocolporafie	2	
Altre operazioni	24	
Curate medicinalmente	71	
A scopo diagnostico	6	
» terapeutico	34	
Totale	111	

Morte 3, di cui una per cancro uterino diffuso al peritoneo, la seconda in seguito a laparotomia per cisti suppurata, la terza per cancro vescicale con ripetiz. al polmone ed alle meningi.

NOTIZIE

Sono convalescenti nel R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze due operate di laparotomia. La prima in 35ª giornata dall'operazione fatta per cistoma proliferante dell'ovaio sinistro, e nella quale per degenerazione cistica fu esportato pure l'ovaio destro; la seconda operata il dì 8 m. c. per probabile gravidanza extrauterina tubo-ovarica destra, e nella quale pure fu fatta l'esportazione dell'altro ovaio per degenerazione cistica incipiente.

È aperto il concorso per esame a numero quattro posti di Medico-Chirurgo assistente nel R. Istituto di Studi superiori pratici e di perfezionamento di Firenze, cioè:

Due assistenti alla Clinica ostetrico-ginecologica e ospedale di Maternità;
Un secondo assistente alla Clinica chirurgica;
Un assistente alla Clinica sifilopatica.

Dirigere le domande alla Sopraintendenza dell'Istituto non più tardi del 31 ottobre mese corrente.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

Milano — Tip. Pietro Agnelli, via Pietro Verri, 16.

Volume VI. Novembre-Dicembre 1884 N. 11-12.

ANNALI
DI
OSTETRICIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA

Scuola Pareggiata di Ostetricia in Novara

PROSPETTO CLINICO

per l'anno 1883-84 (novembre 1883-giugno 1884)

DEL DOTT. PROF. P. NEGRI

I fatti di cui si discorre nel presente prospetto sono stati osservati nella Clinica ostetrica novarese nel tempo intercorrente fra il 10 novembre 1883 ed il 30 giugno 1884, durata dell'anno scolastico. Il numero limitato dei casi clinici mi impose parsimonia di parole, ed è perciò che ho preferito un semplice *prospetto* ad un vero *rendiconto clinico;* in conseguenza esso avrà un valore puramente statistico.

A) — Gravidanza e parto.

PATOLOGIA DELLA GRAVIDANZA.

Parto N. 4 (125 del 1883) di anni 30, contadina, IIpara. Accolta il 20 ottobre 1883. Abita paese palustre, presenta tumore di milza. Il 17 novembre è presa da brivido: ore 4 pom. 38,2, ore 8 pom. T. 39. Il 18: mattina T. 37,4, ore 2 pom. T. 37, ore 3 p. 37,6. Il 19 matt. 38, ore 3 pom. 40,1. Parto il 21. Embriotomia (si veda innanzi). In puerperio ricomparsa della febbre a tipo terzanaria.

P. N. 34 (N. 17 del 1884). — Di anni 34, contadina, accolta il 12 gennaio. Precedette una gravidanza terminata con espulsione di feto a termine, vivo e sano.

Tre mesi fa fu infetta da sifilide. — A quest' epoca rimonta il fatto primitivo ai genitali esterni: da tre settimane comparsa di forme cutanee e mucose. All'esame si scorgono papule abbondantissime alle grandi e piccole labbra ed alle pieghe inguino-crurali. Sulla faccia interna del piccolo labbro destro si vede una vasta ulcerazione della estensione di un pezzo da cent. 10 a superficie piana, color rosso mattone, un po' dolente, facilmente sanguinante. Notansi anche forme cutanee all' addome, alle coscie, al tronco: abbondanti forme pure nel capillizio. Il feto in presentazione di vertice è vivo: odesi il battito lievemente soffiante nel quadrante inf. di sinistra. Lo stesso giorno (15 gennaio 1884) si praticano due iniezioni ipodermiche di calomelano alle fosse sopra spinate, e si fanno eseguire giornalmente due iniezioni vaginali di soluzione di sublimato (1/000).

Scomparsa rapidissima di tutte le forme, cessazione della cefalea e dell' insonnia.

Parto il 21 gennaio, feto maschio vivo, apparentemente sano, pesante gr. 3480, lungo cent. 49. Nel puerperio piccole elevazioni termiche per due ascessi provocati dalle iniezioni di calomelano. Esce in buonissimo stato il 1 febbraio 1884.

P. N. 37 (N. 20 del 1884). — Accolta il 29 gennaio, di anni 20, contadina, primipara.

Racconta di aver sofferto ripetutamente febbre intermittenti: da alquanti giorni accusa disturbi alla gola. All'esame si riscontra un estesissimo intasamento alla regione destra del collo: ne riesce impossibilitata la deglutizione dei solidi e dei liquidi. Assicura che da circa 5 giorni la sua alimentazione è affatto insufficiente in causa della impossibilità al deglutire: lo stato di profondo abbattimento viene in appoggio alle dichiarazioni della ricoverata.

Il 1 febbraio avviene la interruzione spontanea della gravidanza, feto asfittico rianimato, pesante gr. 1800, lungo ctm. 42, espulso per il vertice (O. I. S. A.). — Periodo dilatante ore 3,30, espulsivo 0,25. Dieci minuti dopo è compiuto il secondamento, annessi pesanti grm. 400. Il feto si presenta emaciato e si nota patente sproporzione fra la lunghezza ed il peso. Al 3° giorno di puerperio fu trasferita in un comparto chirurgico ove si passò alla spaccatura del flemmone, la donna guarì. A nessuna altra causa può attribuirsi in questo caso il parto prematuro spon-

taneo se non alla insufficiente nutrizione, causata dalla impossibilità al deglutire.

Parto.

Il numero dei parti osservati fu di 106, essi si dividono in

parti semplici	105	106
parti gemellari	1	

Rispetto al N. delle gravidanze precedenti le partorienti si dividono così:

Primipare	49	106
IIpare	29	
IIIpare	4	
IVpare	6	
Vpare	4	
VIpare	7	
VIIpare	1	
VIIIpare	2	
IXpare	1	
Xpare	2	
XIIIpare	1	

Rspetto alle presentazioni e posizioni troviamo:

Per le primipare:

Vertice O I S A	27	47	49	107
» O I S P	2			
» O I S T	2			
» O I D A	5			
» O I D P	8			
» O I D T	3			
Ovoide podalico:				
O I S A	1	2		
Non segnato	1			

Per le pluripare:

Vertice O I S A	38	53	58	
» S P	2			
» S T	1			
» O I D A	5			
» D P	7			
Faccia M I D P	1			
Podalica S I S A	1	2		
» S P	1			
Spalla S D P	2			

Giova ricordare che le 107 differenti presentazioni e posizioni corrispondono ai 105 parti semplici ed al parto gemellare nel quale ambedue i feti si presentarono per il vertice.

Fra i 106 parti, venti richiesero l'intervento ora manuale ora strumentale: le indicazioni e gli effetti conseguiti si trovano qui succintamente esposti.

a) Estrazione manuale.

P. N. 39. Accolta il 13 dicembre 1883, Ipara, di anni 19, contadina, pelvi ben conformata. Gravidanza a termine, parto per il 4 febbraio ore 7 1/2 ant. 1° periodo ore 3.30, 2° mezz'ora, estrazione del feto per irregolarità del battito cardiaco. Maschio, asfittico lievemente, rianimato, pesa grm. 2880, lungo ctm. 50. Due giri di cordone attorno al collo. Cordone lungo ctm. 69. Puerperio apiretico. Esce sana il 15 febbraio 1884.

b) Rivolgimento.

P. N. 3 (N. 124 del 1883). — Contadina di anni 35, Vpara. La prima gravidanza terminò con un aborto accidentale, la 2ª e la 3ª con parti spontanei, la 4ª e la 5ª con operazioni ostetriche per presentazioni trasverse; i puerperi del 1° e del 4° parto furono patologici per febbre e dolori addominali.

Ultima mestruazione dal 18 al 26 febbraio. È accolta il dì 17 novembre 1883: racconta che da circa 8 dì è colta di tanto in tanto da febbre preceduta da leggero brivido: da tre giorni circa perde liquido dai genitali, commisto a legger quantità di sangue. All'esame del 18 mattina: si riscontra donna pallida, si lamenta di dolori in corrispondenza delle scapole, di difficoltà di respiro e prova senso di freddo: T. ascellare 38,5. — L'utero si presenta sviluppato come ad 8 mesi compiuti, prevale il diametro trasverso: si può facilmente riconoscere il feto in posizione trasversale (spalla sinistra, dorso anteriore), il battito è regolare nel quadrante inferiore destro, percuotendo sul globo uterino ovunque è risonante; per *vaginam*: collo non scomparso, duro, permeabile solo al dito, parte presentata appena raggiungibile: si tocca a stento il promontorio.

Ore 3 pom. T. 39,2, P. 100, R. 30 — 8 pom. *brivido* della du-

rata di 30 minuti. T. 40,2, battito fetale 160. — 19 matt.: battito non più percepibile. T. ascellare 36, collo scomparso dilatato a 2 ctm., alle 9 1/2 ant. *altro brivido* T. 39,8; ore 1 pom. *nuovo brivido* durato m. 45; T. 40,3. Dilatazione della bocca a 6 ctm., moncone della spalla appena impegnato: promontorio ancora raggiungibile. Cloronarcosi. Rivolgimento facilissimo lasciando la donna nella consueta posizione da parto: estrazione facilissima: secondamento accompagnato da 600 grammi circa di grumi. Non emorragia dopo il secondamento.

Feto di sesso femminile, morto in via di putrefazione, pesante grm. 2330, lungo ctm. 46. Annessi pesanti grm. 620; la placenta non mostra segni di prematuro distacco.

Sera: 8 pom. T. 37,5. 1° giorno di puerperio (20 novembre): T. 36,8 - s. 37,4. Polso da 52 a 108. Ventre meteorizzato, utero affatto indolente, lochi normali. — 2° giorno (21 novembre) T. mattina 36,3, P. 82, R. 18. Sera T. 38,1, 114, 50. — Nella notte il respiro si fece assai affannoso, il polso piccolo, intermittente — lochi scarsi; si lagna specialmente di dolori alle spalle e specialmente in corrispondenza della scapula destra. — Esaminando il petto si trova a destra e post. dalla punta della scapola in basso ottusità ed in tutta questa regione respiro deficientissimo. Pure le ime regioni dell' addome si mostrano mute alla percussione. Muore nelle prime ore del 22 novembre.

L'autopsia eseguita il 23 novembre 1883 alle 11 ant. mostra: *pleurite* siero-fibrinosa purulenta destra: *peritonite* diffusa, ma specialmente si riscontrano essudati sulla volta diafragmatica. *Tumore di milza cronico* assai voluminoso.

All'esame del canale genitale si riscontra: ematoma del volume di un pugno fra i foglietti del legamento largo sinistro che si continua ad una lacerazione avvenuta nel tessuto uterino in corrispondenza della porzione infra e sopravaginale: il rivestimento sieroso è però ovunque integro.

Esaminando la superficie interna dell' utero si presenta questo affatto irregolare per la presenza di molte sporgenze molliccie: in certi punti lo strato di sostanza molle si approfonda considerevolmente nel tessuto muscolare in modo da rendere questo oltremodo sottile e friabile. Sventuratamente i pezzi conservati per l'esame microscopico furono dispersi. L'osservazione prolissamente esposta credo possa dimostrare che il processo morboso più interessante, la pleurite e la peritonite, si doveano con-

siderare iniziate prima dell'ingresso della donna nella Clinica: non si può in conseguenza addebitare questa *unica morte* a processo infettivo acquisito nel comparto.

c) Secondamento artificiale.

P. N. 17 (138 del 1883). — Primipara, contadina, di anni 22. Espulsione del feto alle 12 3/4 del 30 dicembre. Feto vivo, emorragia grave nel tempo dèl secondamento, liberazione artificiale. In puerperio setticemia lieve. Esce guarita il 20 gennaio 1884.

d) Parto prematuro provocato.

P. N. 75 (58 del 1884). — Contadina primipara, di anni 31. — Accorciamento di circa 7 ctm. dell'arto inferiore sin. Tale accorciamento è avvenuto a circa 8 anni di età. All'esame si riscontra: pelvi universalmente ed irregolarmente ristretta; si nota meno sviluppata la metà sinistra, la C. D. si valuta da 93 a 95 millimetri. C. V. 80 circa.

Si provoca il parto: 25 e 26 aprile doccie ascendenti calde alla Kiwisch; 27 introduzione di siringa elastica (Krause), 29 mattina rottura spontanea delle membrane vertice ancora sullo s° s^e^, apiressia. Il 30 aprile il parto si avvia; alle 5 1/4 pom., il vertice in O I D A è nello scavo; il feto è in pericolo (battito irregolare, perdita di meconio, periodo espulsivo che dura da 3 ore. *Forcipe nello scavo.* Feto asfittico non rianimato, lacerazione perineale di 2° grado malgrado la episiotomia. *Perineorafia.* Puerperio apiretico. Esce il 13 maggio.

P. N. 73 (90 del 1884). Di anni 30, contadina. IIpara. Il primo parto provocato ad arte e terminato con applicazione di forcipe, feto nato vivo ma morto subito dopo.

Note rachitiche allo scheletro. C D 88-94. Non segnata l'epoca dell'ultima mestruazione. All' esame si trova *discreto idramnios.* Alla fine dell'8° mese si provoca il parto (Krause). — Al mattino del 26 maggio si constata che il liquido amniotico cominciò a colare nella notte dal 25 al 26, poco dopo l' introduzione della siringa e che il feto fino allora in presentazione di vertice è ora in presentazione di spalla. *Riduzione cefalica esterna.* Parto spon-

taneo (V O I S A) il 28 maggio 6 40 ant. Feto vivo sano, maschio, ben conformato, pesante grm. 1830. Diam. bip. mill. 75, lunghezza cent. 43. Lievissime elevazioni febbrili in 2ª e 3ª giornata terminate con una iniezione endouterina al sublimato 1/000. Esce guarita il 10 giugno.

e) Applicazione di forcipe,

N. 2 (123 del 1883). — Primipara. Forcipe Simpson nello scavo (O I S A) per lunghezza del periodo espulsivo e minaccia della vita del feto. Nessuna lacerazione perineale. Feto maschio vivo pesante grm. 3520, lungo ctm. 51, bip. mill, 90. Puerperio apiretico. Esce il 10 dicembre.

P. N. 6 (127 del 1883). Primipara. Applicazione di forcipe Denman nello scavo per lunghezza del periodo espulsivo, minaccia fetale ed edema dei genitali (vertice O I D A), episiotomia unilaterale, femmina asfittica (lieve) rianimata, peso gr. 2470. Qualche lieve elevazione termica in puerperio. Esce il 23 dicembre sana.

N. 9 (130 del 1883). — Primipara. Forcipe allo stretto inferiore per resistenza del perineo e minaccia fetale: episiotomia che non impedisce una limitata perforazione centrale del perineo. Feto lievemente asfittico rianimato. Gr. 3120 (Vertice O I D T). Due giri di cordone al collo. Puerperio apiretico. Esce il 23 dicembre 1883.

N. 11 (132 del 1883). — Primipara. Insufficienza delle contrazioni uterine. Posizione occipito posteriore. *Forcipe Simpson* nello scavo a dilatazione di 8 ctm. della bocca uterina. Rotazione artificiale del capo fisso in O I D P. Lacerazione perineale all'uscita del capo sebbene il forcipe fosse stato preventivamente tolto. — Maschio vivo pesante gr. 3580. Emorragia dopo il parto vinta con irrigazioni di acqua caldissima intrauterina. Puerperio apiretico. Esce l'8 gennaio 1884.

N. 33 (16 del 1884). — Primipara. Vertice O I S P — periodo espulsivo che dura da ore 3 1/2, vertice nello scavo non vuotato. *Forcipe Simpson* alle 2 1/2 pom. del 20 gennaio. Si pratica arti-

ficialmente la rotazione del capo; ottenutala ed essendo regolare il battito cardiaco si toglie il forcipe. Alle 3 1/2 pom. si termina il parto con una seconda applicazione di forcipe. Episiotomia — Maschio sano pesante grm. 3030. Puerperio apiretico. Esce il 30 gennaio.

N. 40 (23 del 1884) — Primipara. Insufficienza delle contrazioni periodo espulsivo lunghissimo. Forcipe Simpson allo stretto inf. Episiotomia — Maschio vivo, pesante grm. 3730 (V. O I S A) — Puerperio apiretico fino al 13° dì. — Poi mastite suppurata per la quale viene accolta in comparto chirurgico — dal quale esce guarita.

Il feto maschio muore nella notte per *ernia diafragmatica;* questa osservazione sarà argomento di una speciale nota.

N. 64 (47 del 1884) — IVpara. Insufficienza delle contrazioni uterine per volume fetale. *Forcipe allo stretto inferiore* sul vertice in O I S A, Feto vivo maschio, pesante gr. 4070. Puerperio apiretico. Esce il 7 aprile.

N. 79 (62 del 1884) — Primipara. Resistenza perineale e posizione occipito-posteriore, feto voluminoso. Forcipe Simpson sul vertice in O D P, non riuscita la rotazione artificiale. Disimpegno in occipito-posteriore. Maschio vivo pesante gr. 3930. Lacerazione perineale di 2° grado. Puerperio apiretico. — Esce il 13 maggio.

N. 87 (70 del 1884). — IIpara. Insufficienza delle contrazioni. Forcipe Simpson al perineo. Femmina viva pesante grm. 3180. Puerperio apiretico. Esce il 26 maggio.

N. 92 (75 del 1884) — IIpara. Forcipe Simpson allo stretto inf. per soverchia lunghezza del periodo espulsivo. Maschio vivo, pesante grm. 3780. Puerperio normale. Esce il 15 giugno.

N. 94 (77 del 1884) — Primipara. Forcipe Denman allo stretto inferiore per insufficienza delle contrazioni. Applicazione del forcipe ed estrazione tenendo la donna sul fianco sinistro. Perineo integro. Qualche elevazione termica in puerperio. Maschio vivo, pesante gr. 3403. Esce sana il 15 giugno.

N. 102 (85 del 1884) — Primipara. Resistenza dei genitali esterni. Lunghezza del periodo espulsivo: forcipe inglese al perineo. Maschio vivo (gr. 3320), non lacerazione perineale. — Puerperio apiretico. Esce il 26 giugno.

N. 103 (86 del 1884). — Primipara. Forcipe Schroeder al perineo, lunghezza del periodo espulsivo. Maschio vivo grm. 3250. Non lesione perineale. Endometrite leggera. — Esce guarita il 28 giugno.

f) Embriotomia.

N. 4 (125 del 1883) — IIpara, lieve stenosi pelvica. Spalla sin., cefalo-acromio iliaca destra. Rivolgimento impossibile: feto morto per procidenza del cordone. Eviscerazione con l'uncino acuto: dopo è possibile l'abbassamento del piede sinistro sul quale si compie la estrazione del feto. Femmina pesante grm. 2230. — In puerperio febbre intermittente. Esce guarita il 7 dicembre 1882.

N. 65 del 1883. — Vpara. Faccia in mento-iliaca destra posteriore. Arriva in travaglio da circa 45 ore (il parto si iniziò con la rottura delle membrane). Il feto essendo vivo si tenta la rotazione del mento con la mano e con il forcipe retto e con quello di Simpson, ma inutilmente. Craniotomia e cranioclastia Braun. Maschio pesante gr. 2950 senza cervello. Puerperio apiretico. — Esce il 10 aprile 1884.

B) **Puerperio.**

Sembrandomi equo il non mettere a carico della mortalità ospitaliera il solo caso di morte avvenuto nell'anno scolastico 1883-84, riguardante la donna operata di rivolgimento, accolta in corso di pleurite e peritonite; posso dire che tra i 105 puerperi studiati nel corso scolastico *ben* 87 *furono assolutamente apiretici:* ciò sta nella proporzione dell'82.8 0/0. Diciotto puerperi furono invece morbosi, ma di questi solo 12 per forme settiche: 6 invece lo furono per forme indipendenti da processi settici puerperali e cioè 1 per febbre intermittente, 1 per flemmone al collo, 2 per mastite suppurata, 1 per ascessi da iniezioni ipodermiche di calomelano, 1 per artro-reumatismo. Stanno questi casi nella

proporzione del 5,7 0/0. Finalmente i 12 casi settici, tutti però seguiti da guarigione, sono nel rapporto dell' 11,4 0/0. Adunque ogni 100 parti si ebbero:

Puerperi	apiretici	82,8
»	morbosi per forme non puerperali settiche . .	5,7
»	morbosi per forme settiche (seguiti da guarigione)	11,4

L'antisepsi fu sempre rigorosamente applicata e fu sempre quella basata sull'uso del sublimato corrosivo in soluzioni acquose da 1 per 1000 a 1 per 2000.

LA MACERAZIONE DEL FETO

STUDIATA

IN RELAZIONE ALL'ANDAMENTO DEL PUERPERIO

dal Dott. PAOLO NEGRI
Professore e Direttore della Scuola Pareggiata di Ostetricia in Novara.

(*Contin. e fine,* vedi fasc. di giugno-luglio).

II e III.

Esposta in modo per quanto era possibile breve la prima parte dello studio, parte che io reputo la più importante, anzi la fondamentale del lavoro, mi propongo di toccare appena di volo gli argomenti riferentesi alle parti 2ª e 3ª nelle quali si deve discorrere dei cambiamenti che subisce il feto morto o trattenuto nel cavo uterino, e delle modificazioni che si compiono nell'organismo materno per il fatto della morte del feto.

È mio proposito di non diffondermi per nulla su tali argomenti perchè mi sembrerebbe un fuor luogo, cosa inopportuna e peggio, il riportare qui cose che ogni lettore sfogliando trattati, memorie speciali, od effemeridi scientifiche può facilmente riscontrare; ciò facendo non sarebbe che il ripetere cose note senza realmente nulla aggiungere di nuovo.

Che cosa intendesi per macerazione fetale? Noi consideriamo quei casi ne' quali specialmente la morte del feto è dovuta a malattie dell' uovo: la causa prima tra tutte queste, la principale, quella che ora è patente, ora nascosta si è certamente la sifilide. Or bene, una volta che il feto per queste od altra malattia del-

l'uovo sia morto, può essere più o meno lungo tempo trattenuto nel cavo uterino: durante questo soggiorno esso va incontro a modificazioni speciali: condizione precipua è la mancanza dell'aria atmosferica nel cavo uterino. Il Raffaele nella sua tesi « *La « Putrefazione sotto il rapporto della Medicina legale* » così scrive a pag. 82-83 (1). « La macerazione *corrisponde* quasi sempre a « ciò che gli antichi autori indicavano come feto guasto, putre- « fatto, corrotto, ecc., mentre tra la macerazione come oggi s'in- « tende e la vera putrefazione esistono differenze che la distin- « guono l'una dall'altra. La macerazione è un'alterazione che « finisce anche colla decomposizione, ma questa è lenta, senza « produzione di gas, senza odore, senza tinta verde cadaverica, « essa si allontana totalmente, in una parola, dalla putrefazione « per le condizioni in cui si produce, per i fenomeni che l'ac- « compagnano, per il corso dei suoi periodi. »

A questo proposito ricordo la curiosa discussione avvenuta all'Accademia francese di Medicina in seguito ad una comunicazione del Dott. Gueniot: la discussione abbandonando il primo argomento (l'influenza dei nodi del cordone sulla morte del 2° gemello), s'era fermata sulla possibilità della putrefazione del feto nel cavo uterino a membrane intatte, cosa annunciata dal Colin, ma validamente combattuta dal Blot, Depaul, Tarnier ed altri. Vero è che in una successiva seduta il Colin modificava la sua asserzione, o meglio la giustificava dicendo esser possibile la putrefazione del feto ad uovo intatto nei casi ne' quali (nella ostetricia veterinaria) si assiste alla espulsione di uno o due feti, e poi la espulsione si arresta: in tali casi l'aria penetrando nel cavo uterino la putrefazione può incominciare alla *superficie* esterna dell'uovo e proseguire poi (2).

Abbiamo già detto che differente periodo di tempo può essere il morto feto trattenuto nel cavo uterino: e qui come primo fattore troviamo la causa della morte del feto. È infatti accertato che in quei casi ne' quali la morte del feto è conseguenza di traumi o di malattie acute l'espulsione avviene presto, ne' casi invece in cui la morte è conseguenza di infezioni croniche (sifilide) o di cause che agiscono lentamente la espulsione può tar-

---

(1) Napoli, Enrico Detken, 1879.

(2) Sedute dei giorni 11 e 18 gennajo 1881.

dare molti giorni e perfino molti mesi: si hanno infatti osservazioni degne di fede nelle quali il feto morto rimase nel cavo uterino per 2, 5, 6, e perfino 18 mesi. Vedasi su questo proposito nel recente trattato di Charpentier (1).

Nè facile riesce lo stabilire l'epoca a cui rimonta la morte del feto: lo Schroeder dice francamente: « Nos connaissances actuelles ne suffisent pas à nous permettre de fixer d'une manière à peu près précise l'époque où c'est faite la mort. Ces modifications semblent se faire tantôt plus vite, tantôt plus lentement, sous des influences impossibles à préciser. Quelquefois on voit des enfants extrèmement macerés, dont on avait pu constater la vie d'une façon certaine peu de temps avant, tandis que dans d'autres cas des enfants qui sont morts depuis plusieurs semaines présentent relativements des alterations beaucoup moins prononcées » (2).

Gli studi molti, tra i quali quelli importantissimi di Lampereur, di Sentex, di Martin, di Ruge, diretti appunto alla ricerca dei caratteri dei feti macerati, che dai tedeschi ebbero il nome di *feti sanguinolenti,* permisero di dividere il processo di macerazione in un numero vario di periodi, contrassegnati da speciali alterazioni che si riscontrano nei corpi dei feti espulsi, alterazioni che alla lor volta ci permettono con una certa approssimazione di determinare l'epoca in cui è avvenuta la morte: non è però nostra intenzione di ricordare qui, sia pure per sommi capi, la successione di tali alterazioni, perchè ciò ci allontanerebbe troppo dal nostro soggetto: per tale studio rimandiamo il lettore ai lavori dei sopracitati autori.

Una volta avvenuta la morte del feto si avvertono fatti speciali nell'organismo materno? La risposta non può essere che affermativa: lasciamo assolutamente da parte que' cambiamenti dei quali può esser dato a noi conto dal racconto della donna, soffermiamoci a quelli che sono il frutto delle nostre conoscenze di fisiologia e patologia.

Il feto fino a che è in vita è certamente uno degli stimoli principali che determina la ricca irrorazione sanguigna dell'apparato genitale: il bisogno continuo di materiali per il suo continuo e

---

(1) *Traité pratique des Accouchements.* 1° pag. 949. Paris, 1883.
(2) *Manuel d'Accouchements.* Trad. Charpentier, pag. 422.

rapidissimo accrescimento deve portare in conseguenza l'accorrere di una grandissima quantità di sangne: valga il confronto fra la irrigazione sanguigna di un utero vuoto e quella di un utero gravido ne' primi o negli ultimi mesi e troveremo subito fatti numerosi in appoggio. Ora il feto muore: quale ne sarà la prima conseguenza assolutamente necessaria? Certo che la corrente sanguigna diretta al viscere gestante si rallenta, diminuisce in quantità: e che sia proprio così ci viene indirettamente provato da due fatti che tolgo volentieri non già dal campo della fisiologia, bensì da quello della patologia, e che sono a mio avviso assai importanti: l'uno appartiene al capitolo dell'albuminuria gravidica, l'altro alla storia delle varici durante e dopo la gravidanza.

Del primo fatto ne abbiamo un esempio nella osservazione XXII e consiste *nella scomparsa della constatata albuminuria in seguito alla morte del feto:* in quella donna primipara l'urina conteneva abbondante quantità di albumina il giorno 20 dicembre: il 23 dicembre non si trova più il battito cardiaco fetale constatato il dì dell'accettazione (20 dicembre); il 26 l'urina non contiene traccia di albumina: il 4 gennajo viene espulso un feto macerato. Non dico che in ogni caso di albuminuria durante la quale il feto venga a soccombere, quel fatto morboso venga anche a scomparire, ma nulla osta a credere che tale perdita di albumina venga frequentemente a scemare; più numerose osservazioni su tale argomento potranno mostrare se o meno i due fatti sieno necessariamente legati.

Sull'altro fatto ha richiamato l'attenzione il Rivet, in un breve scritto intitolato: *Que deviennent les varices chez la femme enceinte lorsque le foetus succombe* (1).

Il Rivet si propose di rispondere ad una domanda del Budin (2) così formulata: « Il serait intéressant de savoir si, l'enfant venant à succomber chez une femme ayant des varices des membres inférieurs, ces dernières diminuiraient aussitôt après la mort du foetus, son expulsion ne se faisant que plusieurs semaines plus tard. »

Tale domanda era naturale conseguenza di fatti sui quali era

---

(1) *Archives de Tocologie.* Décembre 1883, pag. 742 e segg.
(2) Budin. *Des varices chez la femme enceinte.* Paris.

stata richiamata la osservazione da Mac-Clintock e cioè sull' accasciamento delle varici poste sui genitali esterni in seguito alla morte del feto; per questi ultimi fatti invero il Rivet scrive: « on « pourrait penser, il est vrai, que la circulation des organes gé- « nitaux externes se trouvant en rapport direct avec celle de « l'appareil uterin, la disparition des varices de ces organes était « un fait *pour ainsi dire normal* ou tout au moins facilement « compréhensible. »

Or bene la osservazione del Rivet permette di credere che in certi casi la morte del feto possa portare la diminuzione progressiva anche sulle varici degli arti inferiori.

Tanto per l'uno come per l'altro fatto che noi invocammo dalla patologia, qualcuno potrebbe opporre che non già le alterate condizioni circolatorie, bensì quelle meccaniche potrebbero spiegare la cosa.

Il Rivet per parte sua, e discorrendo delle varici risponde a questa obbiezione, ed io credo che la sua risposta possa anche applicarsi alla questione della albuminuria.

Ecco infatti quello che dice (1): « sans vouloir aussi tirer des « conclusions qui paraîtraient hors de proportion avec la valeur « de cette observation, ne pourrait-on pas faire remarquer qu'elle « semble être un argument en faveur de la théorie qui fait jouer « dans la pathogénie des varices un nôte non moins important « à l'élément physiologique qu'à l'élément mécanique. »

« Nous voyons ici, en effet, la masse foetale rester, au point « de vue de son volume et de son poids, à peu de chose près la « même, et cependant nous voyons en même temps les dilatations « veineuses décroître. La compression des tronces veineux par le « globe uterin (si compression il y a) persiste et cependant la « circulation ne paraît plus aussi entravée. Il semble donc bien « qu'il faille faire une large part à la vitalité plus considerables « de l'utérus et aux modifications de la circulation générale qui « en sont la conséquence. Tant che la circulation utérine existe, « l'appareil veineux est exposé; cette circulation vient-elle à di- « sparaître, tout danger cesse pour lui. »

Se il circolo generale ne resta tanto influenzato nessuna meraviglia che si vengano a notare per il fatto della morte del feto

---

(1) Rivet. l. c.

alterazioni profonde, ed in tutto simili a quelle che avvengono durante il puerperio nelle pareti uterine, nei rapporti di questo viscere con l'uovo, per simpatia anche in altri organi lontani, quali ad esempio le mammelle: resta così anche spiegato il fatto che possiamo talvolta conoscere dal racconto della gravida, la comparsa di una vera montata lattea nei casi di morte fetale durante la gravidanza.

È per questi fatti che io considero felicissima la frase che il mio maestro Prof. Chiara usava per esprimere il tutto in tali casi: *io considero la gravida portante nell' utero un feto morto quale puerpera.*

E per rientrare ancora una volta nell'argomento dal quale forzatamente per un po' deviammo vediamo ora quale sia il rapporto fra la macerazione pel feto e l'andamento del puerperio.

IV.

Scrive il Mangiagalli nel suo *Quinquennio* 1875-79 a pag. 692 (1): « La macerazione del feto non associata alla interna putrefazione, specialmente se dovuta a sifilide, ci porge un criterio di prognosi favorevole: noi siamo usi in questo Ospizio ad aspettarci un puerperio fisiologico dopo parti di feti macerati. Anche alla Clinica di Breslau, a quanto ne dice lo Spiegelberg, sopra 95 donne che partorirono feti macerati, una sola morì di febbre puerperale, ma in essa in causa di placenta previa centrale era stata fatta la versione e l'estrazione. Per altro nel fare lo spoglio dei 25 casi nell'Ospizio, trovò bensì 24 casi di puerperio fisiologico, ma altresì uno di morte per peritonite puerperale ed in esso si era avuto un parto spontaneo.

Questo caso però non basta a distruggere la convinzione in me radicata dalla osservazione della quasi immunità che all'infezione puerperale presentano simili casi, e sovratutto ad eliminare le ragioni che militano in favore di essa. Tali ragioni sono di indole meccanica e fisiologica: i feti macerati e per la loro prematuranza e per le condizioni fisiche che induce la macerazione stessa, per essere espulsi esigono una potenza minore, perchè minori sono gli ostacoli offerti dalle resistenze al passaggio di una massa poco consistente, depressibile, facilmente adattabile

(1) *Il quinquennio* 1875-79 *alla Clinica ostetrica di Milano.* — Milano Tip. Pietro Agnelli, 1882.

alla trafila pelvica ed al canale genitale senza che necessiti una completa dilatazione od una soverchia distensione e senzachè ne risultino quindi lesioni di qualche entità nelle sue diverse sezioni. Dall' altra parte una donna, la quale partorisce un feto macerato, e già puerpera, e lo è dal momento in cui è cessata la vita del feto, poichè è da quel momento che prendono data quelle mutazioni del circolo utero-placentare e della decidua uterina che si osservano nel corso del puerperio per cui meno facili l' innesto e l'assorbimento di materiali infettanti. »

Vediamo ora se le osservazioni da noi raccolte vengano in appoggio o no alle idee con tanta convinzione esposte dallo Spiegelberg e dal Mangiagalli.

Il nuovo contributo da me portato per lo studio di questa questione sta nelle 44 osservazioni cliniche raccolte negli Istituti di Milano, Firenze e Novara: esse (tranne due) sono tutte inedite.

Classifichiamo queste differenti osservazioni: anzitutto dividiamole partendo dal criterio del numero delle gravidanze; noi troviamo:

Primipare		17
IIpare	11	27
IIIpare	4	
Vpare	3	
VIpare	3	
VIIpare	1	
VIIIpara	1	
IXpara	2	
Xpara	1	
XIpara	1	
		44

In queste 44 osservazioni troviamo quali cause della macerazione del feto:

7 volte la sifilide constatata all'epoca del parto.
3 volte forti dubbi per la infezione celtica antecedente alla gravidanza.
1 volta anemia spiccata ed albuminuria.

per gli altri 33 casi la macerazione avvenne senza che a noi la causa fosse palese: certo però che fra questi 33 casi buona parte ancora si dovrebbe ascrivere od a sifilide lontana nella madre, od a sifilide paterna: non potemmo approfondire le ricerche da questo punto di vista.

Riguardo ai feti espulsi troviamo rispetto al loro sviluppo:

fino a grm. 500	N. 4	41
da 501 a » 1000	» 11	
da 1001 a » 1500	» 9	
da 1501 a » 2000	» 7	
da 2001 a » 2500	» 5	
da 2501 a » 3000	» 5	

Una volta non è segnato il peso: in altro si dice puramente *semestre*, nella terza *settimestre*.

Giova ancora tener calcolo del modo con il quale si compiè la rottura delle membrane, particolare sul quale qualcuno volle richiamare l'attenzione appunto nei casi di macerazione fetale: riscontriamo:

Rottura spontanea . .	N. 19	44
» artificiale . .	» 21	
Espulsione dell'uovo intero	» 1	
Non segnata	» 3	

Lasciando ora da parte il genere di presentazione ed il modo di terminazione del parto, che per la massima parte fu spontaneo, passiamo all'ultima parte, quella che maggiormente ci interessa; cioè l'andamento del puerperio.

E qui dobbiamo subito segnalare al lettore le molte lacune del nostro studio; perchè questo potesse dirsi completo sarebbe stato necessario il vedere in qual modo si compirono i vari fenomeni puerperali nelle donne sgravatesi di feti macerati; segnatamente sarebbe stato importante il ricercare:

1° il comportarsi della secrezione lattea;

2° il modo con cui si compiva la involuzione uterina e specialmente il tempo impiegato;

3° un esatto studio raffrontativo dei lochi.

Ma per ciò compiere è mestieri condurre le osservazioni espressamente, compiere ricerche minute, pazienti che solo si fanno quando prestabilito è il piano di un dato studio: noi ci troviamo invece nel caso di osservazioni tolte fra parecchie centinaia, osservazioni non fatte sotto quel speciale punto di vista: per tale ragione noi compendieremo il puerperio di queste donne nel tracciato termico, e sarà su questo importantissimo valore che baseremo il rapporto fra macerazione ed andamento del puerperio.

Per gli altri fattori ai quali sopra abbiamo accennato, speriamo che presto altri voglia fare ed assai meglio di quanto noi potemmo: da uno studio così condotto verranno appoggiate o contraddette molte delle opinioni che si trovano sparse nei vari trattati, e che non esitiamo a dire, spesso affatto contrarie.

Esaminando i tracciati termici delle 44 osservazioni troviamo le seguenti categorie:

1° puerperi ne' quali la temp. non sorpassò mai il 38° grado centigrado: Osservazioni N. 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 27, 29, 30, 33, 34, 36, 37, 38, 41, 44.

2° puerperi in cui si ebbe qualche elevazione al di sopra di 38° ma non sorpassante o di poco i 39°. Osservazioni N. 4, 8, 22, 24, 25, 26, 31, 35, 39, 40, 43.

3° puerperi morbosi per malattie di indole non puerperale. Osservazioni 5ª (*pleurite sinistra, bronchite diffusa e sifilide*), 42ª (elevazioni termiche della 10ª giornata per *entero-colite acuta*).

4° puerperi morbosi ne' quali si ebbero lievi segni di processi puerperali settici. Osservazione 10ª (lochi fetenti in 4ª giornata. T. 38,2, irrigazione endouterina, apiressia ne' giorni susseguenti), 15ª (in 4ª e 5ª giornata T. da 38 a 38,9 lochi fetenti, lieve brivido. Da quel dì apiressia, 28ª (in 2ª, 3ª e 4ª giornata elevazioni termiche fino a 39,7. Presentazione laterale, parto con duplicato corpore).

5° puerperi morbosi per processi decisamente settici. Osservazione 18ª (*Endometrite*, brividi in 3ª e 4ª giornata con elevazioni a 39. Alla sera del 4° di T. 41, nel 5° m. 39, s. 40, curata con irrigazioni endouterine, apiressia dalla 6ª giornata in poi),

32ª (presentazione del piano laterale, embriulcia, *endometrite*, apiressia in 8ª giornata).

Riassumendo:

Puerperi assolutamente apiretici	26	44
Puerperi con piccole e di breve durata elevazioni termiche	11	
Puerperi morbosi per cause non puerperali	2	
Puerperi morbosi per sfumature di infezione	3	
Puerperi morbosi settici . .	2	

Pure volendo essere rigorosi non possiamo escludere dai puerperi normali quelli della seconda categoria, nei quali non si ebbe che qualche breve elevazione termica senza disturbo alcuno sia nel generale che nel canale genitale. Troviamo in conseguenza 37 *puerperi normali.* Non hanno relazione con la macerazione del feto i due puerperi morbosi per *pleurite-bronchite in sifilitica*, ed *entero-colite.*

Restano 3 puerperi ne' quali si notarono *sfumature* (non so usare altra parola) di forme settiche. In questi troviamo la osservazione 28ª nella quale il feto fu espulso *conduplicato* corpore; qui forse potrebbe trovarsi la causa della elevazione termica notata in 2ª, 3ª e 4ª giornata.

Di veramente morbosi non si ebbero che due puerperi, osservazioni 18ª e 32ª ed ancora qui per l'ultima troviamo una attenuante nel richiesto atto operativo embriotomico e nella lunga durata del parto; giova però ricordare che queste due forme decisamente settiche furono delle più miti ed in pochi giorni permisero un completo ristabilimento.

Volendo essere pessimisti, lasciando da parte le due osservazioni nelle quali il puerperio fu morboso per cause non puerperali, troviamo sopra 42 parti puerperi normali 37, settici 5, includendo in questi anche i 3 casi con sepsi assai attenuata; il che corrisponde al dire che i puerperi normali furono nella proporzione dell'88.2 per cento e quelli morbosi nel rapporto dell'11,8.

Dopo ciò noi crediamo di potere venire alle conclusioni seguenti:

1.° La macerazione del feto non ha alcuna sinistra influenza sull'andamento del puerperio.

2.° La macerazione del feto permette anzi una prognosi felice rispetto al puerperio, essendo frequentissima la assoluta mancanza di elevazioni termiche, rarissimi i processi settici puerperali e quasi sempre assai lievi.

3.° È nelle nuove condizioni circolatorie dell' apparato genitale e nelle conseguenti minute modificazioni istologiche che si deve cercare il perchè di una certa difesa dai processi settici nelle donne sgravatesi di feti macerati.

ISTITUTO OSTETRICO DI TORINO

diretto dal Prof. D. Tibone

SULL'USO DEL SUBLIMATO CORROSIVO

NELL'ANTISEPSI OSTETRICA

PER

FILIPPO LESSONA

2° Assistente

La conoscenza delle proprietà antiputride del sublimato corrosivo è di data relativamente antica. Fin dal principio del secolo *Chaussier* ne aveva generalizzato l' uso per la conservazione dei pezzi anatomici e dei cadaveri. Da più di venti anni il Prof. Giovanni Bezzi di Modena lo adopera per l'antisepsi chirurgica in soluzioni da 1 a 2 per cento (1).

Nel 1872 *Petit* presentò all'Accademia di Medicina di Parigi una nota sugli antifermentativi, dove è provata la virtù antizimotica di questo sale.

Dougall e *Crace-Calvert* ne provarono nello stesso anno l'efficacia antiputrida sull' infuso di fieno, sull' orina, sopra soluzioni albuminose.

Davain e *Billroth* negli anni seguenti continuarono lo stesso ordine di studii.

Nel 1875 *Bucholtz* e *Kühn, Haberkorn* nel 1879, cercarono dei diversi antisettici quale era la dose minore capace di arrestare

(1) *Spallanzani,* 1884, N. 3.

o prevenire la putrefazione di liquidi putrescibili. Constatarono l'alto valore del sublimato corrosivo e fecero pei primi conoscere che la potenza dei diversi antisettici varia cambiando il liquido di coltivazione dei microrganismi.

Quasi contemporaneamente *Wernitz* constatò l'influenza distruttrice del sublimato anche sui fermenti non figurati, cosicchè, per esempio, una soluzione di sublimato del 1 per 6500 disturba l'azione della pancreatina e della ptialina.

Jalan de la Croix studiando sui bacteri che si sviluppano nell' infuso di carne stabilì le dosi minime di acido fenico e di sublimato capaci di impedire e di arrestare la putrefazione. Le esperienze provarono la grande superiorità del sublimato, superiorità questa che *Krajewscky* nel 1880 riconfermò pienamente ponendo a capo degli antisettici il jodio ed il sublimato corrosivo avuto riguardo alla loro azione sui bacteri del carbonchio.

Nel 1881 *Koch* riprese questi studi sperimentando sui bacteri che si sviluppano sopra fili di seta immersi nell' acqua e venne a queste conclusioni, che « di tutti i mezzi di disinfezione cono-
« sciuti il sublimato è il solo che, applicato sotto forma di solu-
« zione allungatissima (1 su 1000) sia in grado di distrurre in
« pochi minuti tutti i germi dei microbi più resistenti. »

Esperienze di data più recente, quali quelle di *Marcus* et *Pinet* (1), e quelle del Dott. *Miquel* pubblicate nella sua tesi a Parigi nel 1883, furono dirette a fare come una classificazione di questi antisettici, e tanto gli uni quanto l' altro sperimentatore diedero al sublimato corrosivo il secondo posto nella scala, ponendo gli uni il cloro, l'altro l'acqua ossigenata in prima linea. Queste divergenze derivano dalla citata legge emessa dal *Haberkorn*, che il potere dei diversi antisettici è diverso a seconda del liquido di coltivazione.

Nel 1883 il Dott. *G. Sternberg* (2) pubblicò esperienze da lui fatte sopra microbi purificati in diverse culture successive, e scelse i microbi del pus blenorragico, quelli del pus di ascessi profondi, quello della setticemia del coniglio prodotto con l'iniezione sottocutanea di saliva umana, ed infine bacterium termo svilup-

---

(1) Marcus e Pinet. *Action de quelques substances sur les bacteries de la putrefaction. — Compt. rend. de la Soc. de Biologie*, 18 nov. 1881.

(2) *American Journal of med. sc.* G. Sternberg. *Experiments to determine the germicide value of certain therapeutic agents.*

patosi nell'infuso di carne. I risultati espressi in cifre sono, che mentre il sublimato è attivissimo già nella proporzione di 1 a 2000, il permanganato di potassa di 1 a 883, lo iodio di 1 a 500, l'acido fenico non è attivo che nella proporzione di 1 a 100. Constatò egli pure il variare dell'azione col cambiare del microbo. Così, p. es., l'acido fenico è inattivo sul microbo del pus anche nella proporzione del 5 per cento, mentre a questa concentrazione agisce sul vibrione settico. Ma in ogni caso il sublimato ed il jodio si mostrarono agenti sempre efficaci e di valore incontestabile, il primo nella proporzione di 1 a 500, il secondo di 1 a 200.

A conclusioni identiche fu condotto da altri esperimenti il Prof. *Leonardi*, come appare da una sua pubblicazione comparsa l'anno scorso sulla *Gazzetta Medica* delle Provincie Venete.

Il Prof. *Tarnier* pel primo applicò alla pratica ostetrica i risultati di tutti questi studii, e nel 1880 cominciò ad usare il sublimato corrosivo per la disinfezione delle mani. Contemporaneamente cercava quale soluzione di questo sale bastasse ad impedire la putrefazione di un brandello di placenta e vide che, mentre occorreva a questo scopo una soluzione al 4 % di acido borico, bastava una soluzione al 1 ‰ di sublimato.

Negli anni seguenti le soluzioni di bicloruro di mercurio si andarono man mano sostituendo a quelle di acido fenico, talchè nel 1882 lo si adottò nella Maternità e dal secondo semestre del 1883 è esclusivamente adoperato nella Clinica di Parigi.

Contemporaneamente a questi progressi altri ne andava facendo l'uso del sublimato nelle altre Cliniche e chirurgiche ed ostetriche. Fin dal novembre 1881 *Schede* lo usò nella sua Clinica chirurgica e sostituì al jodoformio segatura di legno imbevuta di una soluzione di questo sale ed alla garza fenicata una garza al sublimato.

Sempre per scopo di antisepsi chirurgica, nel 1882 il Dottor *Robert Weir* di New-York lo usava nella proporzione di 1 a 2000.

Nel medesimo anno il Prof. *Chiara* ed il Prof. *Morisani* ne introducevano l'uso nelle loro Cliniche, *Kehrer* lo adoperava in Eidelberga nella proporzione di 1 a 2000. In seguito lo vediamo usato nell'anno 1883 dal Prof. *Paolo Negri* a Novara, dal *Bergmann* a Berlino, dal *Lücke* a Strasburgo. Dal secondo semestre dello

stesso anno dal Prof. *Schroeder* a Berlino, dal Dott. *Fuhrmann* a Breslavia e dal Prof. *Nusbaum* a Monaco (1).

Il Dott. *Valerani* (2) pubblicava l'anno scorso nella *Gazzetta delle Cliniche* una memoria in cui, dopo aver riferito 10 casi di operazioni guarite per prima intenzione coll'uso del sublimato, conchiude che la soluzione al 1 per 2000 di questo sale è per lo meno equivalente a quella del 2.50 per cento di acido fenico, che risponde bene alle esigenze della antisepsi chirurgica, che non determina effetti tossici e che infine presenta sul jodoformio e sull'acido fenico il vantaggio di essere priva di odore e di costar meno.

È bensì vero che in seguito parve a taluno piuttosto uno svantaggio questa mancanza di odore e di colore, specialmente per quanto riguarda la pratica ospitaliera, perchè una soluzione o colorata od odorosa, allontana il pericolo di scambi dannosi e facilita la sorveglianza per prevenire la negligenza o la mala fede delle persone di servizio; ma a questo inconveniente si può facilmente riparare, o come osserva il Dott. H. Tänzer, Assistente alla Clinica Ostetrica di Breslavia, con due goccie di una soluzione acquosa concentrata di bleu di metilene che bastano per caratterizzare sufficientemente 12 litri di soluzione di sublimato (mentre d'altra parte la forza colorante di questa rimane così debole che non lascia traccia sui pannolini) (3) od anche con qualche poco di permanganato di potassa come usa il Professor Tibone.

Nella Clinica di Torino si cominciò ad usare sul principio dell'anno scolastico 1882-83 e per tutto l'anno lo si adoperò quasi esclusivamente, riservando l'uso dell'acido fenico a quei soli casi in cui fosse necessaria la lavatura intrauterina. In quest'ultimo anno però l'uso ne fu generalizzato e lo si adoperò anche in questi casi.

Quali furono i risultati di questi tentativi? Corrispose il su-

---

(1) La maggior parte di queste notizie storiche venne desunta dal *Progrès Mèdical*, Paris 1884, N. 15. *Bulletin. De l'emploi du sublimé corrosiv comme antiseptique.*

(2) *Gazzetta delle Cliniche*, 20 nov. 1883. Valerani. *Il bicloruro di mercurio nell'antisepsi chirurgica.*

(3) *Centralblatt für gynäkologie*, N. 9, 1884. *Weitere Beitrage zur Sublimathehandlung* von H. Tanzer.

blimato alle speranze che avevano fatto nascere le numerose esperienze, oppure si ebbero a lamentare danni dalle proprietà tossiche che egli possiede in grado così eminente?

Da che questo disinfettante si è sostituito nella Maternità all'acido fenico già furono registrati casi di morte per avvelenamento in seguito all'uso di esso.

Il 1° caso fu esposto dal Dott. *Lomer* nella tornata del 25 gennaio di quest'anno della Società di Ostetricia e Ginecologia di Berlino.

I. Egli mostrò allora un preparato tolto da una donna morta in 12ª giornata di puerperio. Durante il parto si era fatta una completa lacerazione del perineo, che era stato cucito facendo l'irrigazione continua con una soluzione al 1 ‰ di sublimato corrosivo. La paziente morì dopo una fetidissima diarrea accompagnata da febbre mite.

Il preparato consisteva nel tubo intestinale e vi si vedeva la mucosa del crasso fino alla valvola ileo-cecale completamente necrosata. Le ultime porzioni del tenue presentavano anche alcuni lembi di mucosa necrosati, ma il processo andava gradatamente scemando verso l'alto.

II. Il secondo caso ci venne esposto dal Prof. *Stadfeldt* di Copenaghen (1). Trattavasi di una Ipara di 23 anni. Durante la gravidanza godette sempre buona salute. Il parto avvenne pel vertice dopo un'ora e mezzo di contrazioni espulsive. Il secondamento fu difficile e prima che la placenta venisse estratta (non dice in che modo) perdette circa 800 grammi di sangue. Al terzo giorno dopo quello del parto la temper. della sera fu di 38°,4; il giorno appresso fu di 39°,6 *dopo di un brivido.* La temperatura del 5° giorno non è riportata, dice solo che si fece ad un'ora dopo il mezzodì una lavatura con soluzione di sublimato corrosivo di 1 a 1500. « L'acqua della lavatura » sono sue parole, « usciva liberamente ed *era tinta di sangue* ma in quantità in« differente. Mentre era uscita una quantità di acqua da 300 a « 400 grammi, ella si afferrò il capo lamentandosi di forti dolori « a questo e di un senso di forte puntura al faringe, e parve

(1) *Centralblatt für Gynäkologie*, N. 7, 1884. *Sind als Dèsinficiens in der Geburtshilfe Sublimatlösungen der carbolsäure vorzuziehen?* von A. Stadfeldt, Copenaghen.

« alquanto fuori dei sensi .... Si cessò tosta l'abluzione e ven-
« nero somministrate alla paziente alcune goccie di etere. » In seguito, *cioè due minuti dopo*, incominciò a lamentarsi di forti dolori all'epigastrio con irradiazioni ai lombi ed agli inguini. Dopo due ore circa diminuirono i dolori e cadde in copioso sudore lamentandosi solo di una grande stanchezza e di capogiri. Alla sera tenesmo rettale e due scariche quasi liquide. Orina molto albuminosa.

Il giorno appresso diarrea con strie sanguigne nelle feci, stanchezza, capogiri, vomiti mucosi. Al 7º giorno di puerperio cessarono questi fenomeni. Sensibilità della lingua senza salivazione ma con ulcerazioni piccole e grigie. All'8º giorno comparvero di nuovo la diarrea, il vomito, la sete. Al 9º giorno anuria completa, finchè aggravandosi tutti i sintomi moriva il giorno appresso, 10º del puerperio, 5º dopo l'uso del sublimato.

L'autopsia, fatta 22 ore dopo la morte, diede: nulla di notevole nel peritoneo e negli organi genitali, salvo che il luogo di inserzione della placenta era ricoperto « da uno strato grigio
« rossastro, che si staccava raschiando, non molto spesso e senza
« odore. »

La vescica orinaria vuota e contratta. I reni presentavano l'apparenza del rene bianco. Il tratto intestinale, dal retto fino al cieco, era sede di un processo infiammatorio ulcerativo decrescente da quello verso questo. Nelle ultime porzioni del tenue la mucosa era iperemica e l'epitelio leggermente abraso. Nulla di notevole negli altri organi all'infuori dell'anemia del cervello.

Le ricerche chimiche iniziate non rivelarono la presenza del mercurio nel cervello, nel fegato e nei reni, ma il Professore fa osservare che, essendo la donna morta nel 5º giorno dopo l'uso del mercurio può darsi che questo si fosse già eliminato dal corpo.

III. Di un 3º caso fu relatore alla citata Società Ostetrica-Ginecologica di Berlino il Dott. *Winter* nella tornata del 13 giugno ultimo. Si trattava di una giovane Ipara che dopo un accesso di eclampsia venne operata di forcipe. Dopo il parto una emorragia da inerzia rese la donna molto anemica. Per frenare questa emorragia il *Winter* fece un'irrigazione intrauterina calda con 4 a 5 litri di una soluzione al 1 per 1000 di sublimato. Il peritoneo, che si era lacerato, fu cucito immediatamente lavandolo con circa nn litro e mezzo della stessa soluzione.

Ventiquattro ore dopo nulla di notevole all'infuori di un grande pallore e di una grande frequenza del polso. Durante la notte del secondo giorno comparve abbondante diarrea accompagnata da dolori di ventre e tenesmo. Le evacuazioni erano fetide, bigio verdognole, non sanguigne. Alle gengive comparve un esteso orlo azzurrognolo. Il terzo giorno la mucosa della bocca presentò placche gangrenose. La pelle si fece fredda ed iperestesica, nel tempo istesso la puerpera era oltremodo inquieta, gridava, reagiva ad ogni impressione esterna e prendeva poca parte a ciò che le accadeva intorno, senza essere propriamente comatosa.

L'orina, che prima del parto era poco sedimentosa e conteneva un poco di albumina, si fece spessa, torbida, sanguigna, molto albuminosa e ricca di elementi figurati. L'esame del sangue diede un aumento relativamente forte dei leucociti.

Nello stesso terzo giorno del puerperio l'ammalata morì dopo aver presentato i sintomi di un crescente collasso.

L'autopsia mostrò negli organi cambiamenti analoghi a quelli trovati nei casi precedenti. La parte inferiore del tubo intestinale, dall'ano alla valvola di Bahuino, presentava un ispessimento di tutte le sue tonache, specialmente della mucosa, le pieghe di questa erano tumefatte per modo che in alcuni punti il lume del l'intestino era quasi otturato. La parte superiore poi delle pieghe stesse presentava larghe ecchimosi, e la mucosa tutta una tinta uniforme grigio verdastra. Lo stesso colore presentava la superficie interna dell'utero.

Quantunque poi nella parete del corno sinistro dell'utero si sia trovato un focolaio emorragico della grandezza di un marco e sintomi di peritonite siero-fibrinosa nel sovrastante peritoneo, tuttavia è indubbio che la morte di questa donna si deve assegnare all'avvelenamento mercuriale, poichè questi sintomi di infezione erano così limitati che non bastano a darcene la spiegazione, tanto più che il peritoneo all'infuori di quel piccolo tratto era del tutto sano.

IV. Il Dott. *J. C. Vöhtz* (1) riferisce pure un caso di morte per avvelenamento acuto da sublimato. Trattavasi di una donna di 36 anni che, dopo una sospensione dei mestrui per due mesi

---

(1) *Centralblatt für gynakologie,* N. 31, 1884. J. C. Vöhtz. *Sublimatvergiftung durch intra-uterine injektion nach Abort.*

nella notte del 23 aprile 1883 entrò in travaglio di aborto. Si fece l'estrazione manuale dell'ovulo e mediante un catetere inglese introdotto nell'utero si lavò questo con una soluzione di sublimato corrosivo al $^1/_{750}$. L'iniezione procedette regolarmente, ma appena erano passati circa 120 grammi cominciò la paziente a lagnarsi di dolori al basso ventre mostrandosi molto inquieta ed agitata. Alle 6 $^1/_2$ pom. del primo giorno la temp. era di 36,2, si avevano frequenti vomiti e lieve sensibilità al basso ventre. Il mattino del 2° giorno vomiti e diarrea straordinariamente abbondante con tenesmo. Gengivite ma non salivazione. T. 36,2. Alla sera aggravamento della stomatite, la salivazione comparve al 3° giorno accompagnata da anuria completa. Al 4° giorno riprende la diarrea che nel giorno prima era cessata, bruciore e secchezza della pelle; gli stessi sintomi il 5° e 6° giorno salvo l'aggiunta della comparsa del sangue nelle feci. L'8° giorno emise 100 grm. di orina fortemente albuminosa; nei giorni seguenti di nuovo anuria, progressivo aggravarsi dei sintomi, coma e morte al 10° giorno. La quantità di sublimato portata nel basso ventre viene dall'autore valutata in 25 centigr.

Questi quattro sono, che io mi sappia, i soli casi pubblicati di avvelenamento mortale. In numero maggiore sono i casi di intossicazione più o meno grave che non ebbero esito infausto.

V. Il Dott. *Guglielmo Bokelmann*, assistente alla Clinica ginecologica di Breslavia, riporta nel N. 11 del citato *Centralblatt* (1) un caso di una operata dal Prof. *Fritsch* per prolasso della vagina e del retto, nella quale essendosi adoperata come disinfettante una soluzione al 1 per 1000 di sublimato, si ebbe pure ad osservare un avvelenamento per questo sale. L'operazione aveva durato un'ora e mezza, si erano praticate di tanto in tanto irrigazioni con la soluzione suddetta consumandone 10 litri.

Al 3° ed al 4° giorno si era nuovamente lavata colla stessa soluzione la ferita e la vagina; si era lavato pure il retto impiegandone circa 500 grm. ma badando a che almeno per la massima parte venisse fuori. Al 6° giorno la paziente si lagna di persistenti e cocenti dolori alla bocca, spesso deve sputare. Le gengive sono di un rosso intenso, gonfie, sanguinano facilmente. La

---

(1) *Centralblatt für gyn.*, N. 11, 1884. *Operation eines Scheiden-und Mastdarmvorfalles, Sublimatintoxikation,* ecc., von Wilh Bokelmann.

lingua molto patinosa, rossa agli orli e sulla superficie inferiore, gonfia e dolorosa al tatto.

Fu allora il sublimato sostituito con una soluzione al 2 % di acido fenico. Si prescrisse l'uso di clorato potassico e in questo modo dopo 3 giorni la malata era perfettamente guarita dall'intossicazione mercuriale. Quattro settimane dopo l'operazione lasciava la Clinica perfettamente in salute.

VI. Il Dott. *Augusto Stenger* di Mannheim riportò nel N. 13 dello stesso giornale un caso di avvelenamento da sublimato corrosivo durante il puerperio (1). Trattavasi di una signora Ipara sgravatasi a termine felicemente. La placenta venne fuori felicemente, ma rimasero aderenti alcuni lembi delle membrane, che non si staccarono che dopo 36 ore durante le quali si fecero tre lavature intrauterine. La soluzione usata prima del parto fu del 1 per 1000 e se ne consumarono 3 litri, quella durante il parto ed il puerperio fu del 1 a 2000 e se ne consumarono 12 litri, fino a quando nel pomeriggio del 3° giorno comparvero i sintomi dell'avvelenamento. Questo fu molto più grave di quello riferito precedentemente, i sintomi furono gli stessi che osservò *Stadfeldt* nel suo caso ma in grado meno inquietante.

La temperatura si mantenne tra 36,6 e 37,5. Il polso tra 66 e 82. La cura consistette nell'amministrazione di tintura di oppio e di colutori con clorato di potassa e nella cessazione dell'uso del sublimato. La guarigione si ebbe 6 giorni dopo la comparsa dei primi sintomi.

VII. Nel N. 17 del più volte citato giornale troviamo la relazione di un altro caso d'intossicazione mercuriale fatta dal Dottor *Mäuer* di Coblenza (2).

Egli riferisce l'avvelenamento allo aver lavato la vagina subito dopo il parto con una soluzione al ½ ‰ di sublimato corrosivo impiegandone 500 grm., cioè 25 centigr. di sublimato.

Otto ore dopo questa lavatura egli trovò la donna con febbre a 39°, la vagina rossa e calda, i genitali esterni, la pelle della superficie interna delle coscie, la pelle del ventre fino al bellico

---

(1) *Centralblatt für gyn.*, N. 13, 1884. *Ein Fall von sublimatintoxikation in Wochenbett*, von A. Stenger.

(2) *Centralblatt für gyn.*, N. 17, 1884. *Zur sublimatintoxikation*, Dott. Mauer in Koblenz.

pure arrossati e sede di calore e di prurito intenso, sete. « Il giorno « appresso comparvero sulla superficie arrossata alcuni punti « sporgenti, rossi e di grossezza varia dalla capocchia di uno « spillo ad un nocciolo di ciliegia. L' eritema stesso si diffuse a « tutto il tronco ed alla parte superiore delle coscie. » Vomito e diarrea; materie fecali in parte tinte leggermente di sangue. Grande eccitazione della malata, capogiri, polso a 120, temp. 39,5. Urina di color grigio verdastro, fortemente albuminosa. Lochi abbondanti e « cominciavano a puzzare. » Egli sostituì al sublimato corrosivo una soluzione di permanganato di potassa.

Alla sera dello stesso giorno il polso era 128, T. 40. L'eritema si estende alla parte inferiore delle coscie, al viso, alla parte superiore delle braccia. Grande eccitazione, delirio. Nulla di rimarchevole alle pupille, Addome e parametrii normali.

Al 3º giorno nulla di notevole. Al 4º i vomiti cessano « i punti « rossi ai genitali ed alla parte superiore delle coscie prendono « la forma di capocchie bianche. » Le gengive e gli orli della lingua si fanno rossi e sensibili ma non si presenta salivazione. Al 5º giorno copiosi sudori, cessazione della diarrea, cui segue una stipsi ostinata. « I punti rossi nella vagina si fecero gialli e « si confusero tutti in una tumefazione irregolare; i lochi con- « tenevano una materia come crema bianco-giallastra, avevano « un fetore acido ed erano molto copiosi; durarono così fino al « 14º giorno in cui la mucosa della vagina era perfettamente « risanata. »

Al 5º giorno pure la pelle cominciò a sfogliarsi dove prima era comparso l'eritema e questa desquamazione finì col termine della 3ª settimana. L'orina prese al 7º giorno un colore normale, e si fece abbondante.

Egli ricorda in relazione con questo fatto il caso di eritema da sublimato (sublimaterythem) riportato da *Reichel* nel *Berliner Klinische Wochenschrift* (1884, N. 2). Là *Reichel* aveva fasciato con garza al sublimato l'arto inferiore sinistro di un operato, e dopo 5 giorni comparve, sull'arto fasciato, un eritema che diede bentosto luogo ad un eczema papulo-vescicoloso accompagnato da febbre, bruciore e prurito, che si estese a tutto il corpo e che impedì la riunione della ferita per prima intenzione.

In casi di gravi operazioni chirurgiche lo stesso Dott. *Mäuer* ebbe 3 volte a lamentare la comparsa dell'eritema mercuriale in seguito all'uso delle soluzioni di sublimato. Erano tutti individui

scrofolosi con pelle bianca e sottile, operati il primo di resezione dell'anca, il secondo di osteotomia della tibia, il terzo di resezione di un metacarpo. Gli eritemi comparvero nello stesso giorno dell'operazione o nel seguente con febbre violenta, e dalla località si estesero a tutto il corpo nel 2° o 3° giorno, durando fino al 5° e 7° giorno. Ebbero sempre come conseguenza non solo un grande malessere del soggetto, ma anche l'impedimento della cicatrizzazione per prima intenzione. Egli mette in rapporto questi eritemi con quello che compare sulle parti dove si usa l' unguento mercuriale e che talvolta si estende a tutto il corpo.

VIII. Nel N. 29 dello stesso giornale (*Centralblatt*) il Dott. *Max Elsässer* (1) racconta di aver usato in un caso di endometrite settica da mancanza di polizia e da residuo di annessi fetali, oltre le lavature vaginali, delle iniezioni intrauterine di 3 a 4 gr. cadauna fatte con una siringa del Braun. Egli impiegò in questo modo in 14 giorni 56 grm. di sublimato in soluzione al 1 p. 1000, di cui però la massima parte fu adoperata per le lavature vaginali, 30 grm. di unguento grigio e grm. 1,20 di calomelano per uso interno.

Il 15° giorno dal principio di questa cura, 23° del puerperio, trovò la paziente molto abbattuta; nella notte aveva avuto otto scariche in parte sanguinolenti, vomiti, il polso era appena sensibile alle radiali e batteva 140 volte al minuto primo. Gengive rosse, gonfie, dolenti, sapore metallico molesto nella bocca ma non salivazione.

Le scariche molto copiose e fetenti ed i vomiti si ripeterono nei qnattro giornI seguenti, ed al collasso si aggiunse una trombosi di entrambe le vene femorali con edema molto doloroso di entrambe le estremità, bronchite diffusa con sputi sanguigni analoghi a quelli della polmonite cruposa. Le orine emesse in quantità normale contenevano albumina.

La sostituzione immediata dell'acido fenico al sublimato corrosivo permise alla malata di riaversi, quantunque la cessazione completa di questi sintomi si facesse aspettare ancora 10 giorni.

Quantunque certamente questo caso non appartenga ai tipici di avvelenamento, di cui qui si discorre, prima perchè si usò il

---

(1) *Centralblatt für gyn.*, 1884, N. 29. *Sublimatvergiftung im Wochenbett* von Dr. Max Elsaesser prak. Arzt in Neckargemünd.

mercurio anche internamente e per frizioni, e poi perchè qui insieme coi fenomeni dell'idrargirosi troviamo pure quelli di un grave processo settico puerperale, tuttavia ho voluto citarlo appunto in vista dell'esito finale che fu felice a malgrado (l'autore dice in grazia) della enorme quantità di mercurio consumata.

IX. Un caso di avvelenamento venne pure brevemente riferito da *Winter* nella citata seduta della Società Ostetrico-Ginecologica di Berlino. Trattavasi di una donna in soprapparto entrata febbricitante nella Clinica Universitaria. Dopo il parto le venne fatta un'iniezione intrauterina con 4 a 5 litri di una soluzione calda al 1 per 1000 di sublimato corrosivo perchè l'utero si mostrava leggermente atonico. Il perineo, che si era lacerato, venne lavato durante la cucitura con un litro e mezzo circa della stessa soluzione. Al 2° giorno si presentarono scariche alvine diarroiche abbondanti e fetenti, di color bigio verde accompagnate da tenesmo.

La paziente fu per 3 giorni quasi interamente comatosa, gridava, piangeva ed era per tutto il corpo iperestesica. La temperatura era sotto la norma, il polso frequente, la pelle fredda, l'orina albuminosa. Sospeso l'uso del bicloruro di mercurio in 8 o 10 giorni i sintomi dell'avvelenamento sparirono e la donna fu licenziata guarita.

Questa raccolta di casi sfavorevoli vuole essere accettata con un certo riserbo; non io mi farò lecito di contraddire all'autorità del Prof. *Stadfeldt*, tanto benemerito patrocinatore del trattamento asettico del parto e del puerperio, ma, mentre egli stesso non può recisamente affermare che la paziente, di cui ci narrò la storia (II) sia morta pel solo avvelenamento mercuriale, il suo lavoro destò vivaci critiche che comparvero nei numeri seguenti del medesimo giornale. Il Professore stesso in una risposta a queste critiche (1) confessa che mentre nel principio della malattia è possibile che siano comparsi sintomi di shok, si può poi ancora ammettere che si trattasse di persona predisposta per malattia renale preesistente.

La stessa considerazione fece il *Winter* alla Società Berlinese per spiegare l'eziologia del caso (III) da lui esposto. In questo,

(1) *Centralblatt für gyn.*, N. 18, 1884. *Antowrt in der sublimatfrage*, von Stadfeldt.

mentre da una parte l'assorbimento dovette essere molto più attivo a cagione della grave anemia della donna, dall'altra le vie di uscita erano intralciate perchè la malata, eclampsica ed albuminurica, soffriva di nefrite.

Noi sappiamo infatti che il mercurio si elimina dall'organismo non solo per la pelle, per le mammelle, per le ghiandole salivari, pel fegato e per l'intestino, ma anche per i reni come ha ancora ultimamente provato lo *Schuster* trovando un nuovo metodo più preciso per la ricerca del mercurio nell'orina (1). L'azione di questo agente sull'organismo animale fu recentemente illustrata da *Saikowsky*, da *Mering* e da *Prevost*. Io riferirò qui brevemente alcuni punti di questa questione molto bene rischiarati nel lavoro del *Prevost* stesso (2). Egli sperimentò sopra dei conigli, dei gatti, ecc. studiando l'azione del mercurio per mezzo di soluzioni allungate di nitrato acido o di sublimato, che introduceva nel ventricolo di questi animali coll'aiuto di una sonda esofagea, oppure che iniettava sotto la pelle. Nei casi di avvelenamento per la via stomacale fa di questo la solita distinzione in acuto o subacuto. « Quando la dose è forte, egli dice, si può osservare una morte « rapida preceduta abitualmante da una forte diarrea e poi da « uno stato di abbattimento e di collasso; le orine per lo più si « fanno presto albuminose, talora sanguinolenti, il loro sedimento « è quello della nefrite acutissima. » L'autopsia rivela: infiammazione del ventricolo, la cui mucosa può presentarsi qua e là corrosa; infiammazione dell'intestino il cui contenuto liquido è giallastro nel tenue, più oscuro nel cieco, talora verdastro, talll'altra sanguinolento. I reni, quando l'avvelenamento è stato rapido, sono fortemente iperemici e talvolta vi si trovano traccie delle alterazioni più gravi che vi produce l'avvelenamento subacuto.

In questo l'animale è per lo più diarroico, ma bentosto predominano il deperimento generale e l'albuminuria. Le orine contengono detriti epiteliali, cilindri granulosi e fibrinosi. All'autopsia si trovano per lo più i segni di una enterite, ma quelle che predominano sono le lesioni del rene.

---

(1) *Journal de Médécine, de Chirurgie, et de Pharmacologie,* Bruxelles, 1884, luglio. *Sur les vois d'élimination du mercure*, par le Dr. Schuster.

(2) *Revue Médicale de la Suisse Romande* (1882, N. 11 - 1883, N. 1). *Étude sperimentale relative a l'intoxication par le mercure*, etc., par J. L. Prevost avec la collaboration de M. Eternod et de M. Frutiger.

Per quanto si riferisce alle iniezioni ipodermiche egli deve ancora fare una suddivisione dell' avvelenamento acuto, poichè le esperienze che fece *Mering*, adoperando dosi relativamente molto forti, fecero vedere che si può con questo veleno ottenere la morte degli animali nelle prime 24 ore senza trovare all'autopsia gravi lesioni viscerali. Secondo il *Mering* la morte in questi casi sarebbe dovuta a paralisi cardiaca. La pressione arteriosa infatti diminuisce rapidamente e progressivamente anche dopo l' amministrazione preventiva di una dose di atropina e dopo la sezione di entrambi i vaghi, la qual cosa proverebbe che questo abbassamento di pressione è dovuto esclusivamente all' indebolimento della forza del cuore.

Con dosi alquanto minori *Prevost* ottenne questi risultati: « L'animale è preso da violenta diarrea, le materie evacuate sono « giallastre, talora brunastre ed anche sanguinolenti; la pelle si « raffredda, la respirazione si fa dispnoica e la morte sopravviene « in 15 a 36 ore in cui si seguirono i sintomi di una violenta « enterite. L'orina, che già in questi casi può essere albuminosa, « è scarsa. »

Con dosi ancora minori gli accidenti intestinali sono meno violenti, talora mancano; l'animale durante il 1º giorno pare ancora nel suo stato normale, in seguito perde l' appetito, dimagrisce, l'orina si fa albuminosa e scarsa, nel sedimento si trovano cilindri granulosi. La morte sopravviene per lo più nel 3º giorno dopo una perdita di peso che può arrivare fino a 500 grammi. In alcuni casi fu però osservata una poliuria, ma in molti di questi l' albuminuria ha persistito e l' animale morì egualmente dopo 8 o 10 giorni di progressivo dimagrimento.

Nelle orine di questi animali il *Prevost* dice di non aver mai riscontrato dello zucchero, ma ricorda i lavori di *Saikowsky* e di *Heilborn*, i quali in casi eccezionali, ve lo poterono riscontrare.

Le autopsie di questi animali mostrano l' intestino per lo più pieno di materie liquide commiste a gaz, di odore infetto, di colore giallastro o brunastro, sovente sanguinolenti, specialmente nel cieco e nel crasso. La mucosa dell'intestino gracile è abrasa, quelle del cieco e del grosso intestino sono fortemente iperemiche e presentano qua e là placche ecchimotiche. Queste ecchimosi si riscontrano anche talora sulla mucosa vescicale.

Secondo *Mering* le lesioni dell'intestino sono dovute alla modificazione della pressione arteriosa e quindi paragonabili a quelle

che si riscontrano negli avvelenamenti per altri metalli specialmente pel platino, secondo l'interpretazione di *Kebler* e per l'arsenico secondo quella di *Boehm*. Un fatto che secondo il *Prevost* appoggia tale opinione è questo, che per produrre simili lesioni negli avvelenamenti per la via gastrica occorre amministrare dosi da 10 a 15 volte maggiori di quelle che bastano a produrle se iniettate sotto la pelle.

Tanto nei casi di avvelenamento acuto, come in quelli di avvelenamento subacuto *Prevost* ha pure constatato un processo di decalcificazione delle ossa, per cui esse diminuiscono notevolmente di peso, ed egli ha messo in rapporto le lesioni che si osservano nei reni con questa decalcificazione provando che i depositi, che si osservano specialmente nei canalicoli retti di questi animali, sono appunto costituiti da masse calcari provenienti da questo processo di decalcificazione.

Per ritornare al caso nostro riferirò qui il risultato dell'esame microscopico che fece il *Dahl* (1), prosettore nel Museo di Anatomia patologica di Copenaghen, dei reni della donna di cui il Professor *Stadfeldt* ci ha narrato la storia clinica. « Io ho trovato, egli « dice, tanto nei canalicoli retti quanto nei contorti, ricchi de- « positi di una massa amorfa, contorniata di scuro, translucida, « la quale nell'acido solforico si scioglieva con sviluppo di gaz « formando cristalli di solfato di calce. Questi ammassi si tro- « vavano in maggior numero nella sostanza corticale e in piccolo « numero nelle piramidi. »

Del caso di *Lomer* (I) non conosco la storia clinica. Le lesioni, che si riscontrano nel preparato che egli presentò, depongono invero per un avvelenamento mercuriale, ma questo sarebbe stato anche meglio provato, come emerge dalle osservazioni precedenti, se insieme con l'intestino egli avesse fatto vedere i reni di quella donna.

Quanto al caso di *Vöhtz* (IV) è certamente deplorevole che non si abbia potuto avere il reperto anatomo-patologico; ma mi permetterò di osservare che egli iniettò nell'utero, immediatamente dopo il distacco di un uovo di 2 mesi, 120 grm. di una soluzione relativamente concentrata di sublimato (1-750); nè dice se il liquido potesse liberamente rifluire. È quindi legittimo il sospettare, o che direttamente la soluzione abbia potuto penetrare nel lume

(1) *Centr. f. gyn.*, 1884 N. 13. *Anatomischer Nachtrag zu dem Sublimatvergiftungsfalle* des Prof. Stadfeldt, von Fr. Dahl.

aperto di qualche vaso, o che la totalità del liquido iniettato abbia disteso soverchiamente l'utero e qualche goccia abbia potuto arrivare nella cavità del peritoneo. Nè pure posso tacere che, leggendo la narrazione del caso di *Stadfeldt* (II), quantunque egli dica che il liquido fluiva liberamente, mi viene ugualmente il sospetto che parte del liquido sia direttamente entrato in un lume vasale aperto, poichè l'acqua all'uscire dall'utero era tinta di sangue, e specialmente avendo riguardo all' improvviso insorgere di così gravi sintomi pei quali la donna dovette poi soccombere.

Una parte grande si deve certamente fare alla diversa suscettività dei vari individui o propriamente alle possibili idiosincrasie per questo veleno, ma avvertenze di non minore importanza sono quelle che si devono avere per le persone anemiche (*Bröse*) (1), per quelle affette da malattie renali (2), e per quelle che già prima ebbero a sottostare a cure mercuriali, come fece osservare il Prof. *Kehrer* (3), (*Stenger*) (4).

Questi ultimi casi si possono prevedere e vi si può ovviare; le idiosincrasie non sono prevedibili, ma un uso cauto ed attento del farmaco potrà almeno nella grande maggioranza dei casi impedire un disastro.

I primi sintomi dell'idrargirosi sono così universalmente noti che non è mestieri ripeterli, tuttavia di uno tra essi si era finora fatta poca menzione, intendo parlare dell' eritema mercuriale. Il *Cantani* nel suo *Manuale di Materia medica* dice: « in alcuni in-
« dividui anche il mercurio preso per bocca provoca eruzioni
« cutanee morbilliformi o, come vidi, eczematose, » ecc.

Trousseau e *Pidoux* nel loro *Traité de térapeutique et de Matière*

---

(1) Bröse. Società Ostetrico-ginec. di Berlino. Seduta 25 gennaio 1884.

(2) I due casi esposti dal Winter (III e IX) vennero nuovamente pubblicati nel *The American Journal of Obstetrics*, ecc., nel numero di settembre ultimo, sotto il titolo: *Report on the progress of obstetrics and Gynecology in Germany* dal Dott. Hofmeier assistente alla Clinica di Berlino. In questo articolo dopo la narrazione dei due casi è detto: « Attesa la grande influenza dei reni nell'avvele-
« namento per bicloruro d'idrargirio sembra oltremodo pericoloso adoperare il
« sublimato in donne partorienti i cui reni non siano perfettamente sani. Ad
« ogni modo nella clinica del Professore Schroeder l'uso del sublimato è stato
« assolutamente escluso nei casi di tali complicazioni. »

(3) 56° Congresso annuale dei Medici Tedeschi tenuto in Friburgo il 18-20 settembre 1883.

(4) Loco cit.

médicale dicono che « l'uso dei mercuriali in genere, ma special-
« mente quello delle frizioni con unguento napoletano, quando
« questi mezzi sono adoperati in modo da provocare immediata-
« mente la salivazione, produce frequentemente dei profusi su-
« dori, in seguito ai quali la pelle si copre di innumerevole
« quantità di piccole vescicole acuminate, vero eczema mercu-
« riale; altre volte è un rossore simile a quello della scarlattina
« o del morbillo. »

Nel trattato dello *Schroff* tradotto dal Prof. *Semmola* trovo detto che: « anche più spesso avvengono alterazioni della cute, dal
« semplice eritema alle più diverse eruzioni della pelle nella forma
« di miliari, eczema, erpete, impetigine, » ecc.

La traduzione dell'opera di *Nothangel* e *Rossbach* del *Rummo* parla di roseola, orticaria, eritema, eczema dati dall'uso del mercurio ma privi di qualunque carattere che valga a distinguerli da un'altra qualunque dermopatia isomorfa.

Solo nel *Manuale di Materia medica e terapia* compilato dal Dott. *De Angelis* sulle lezioni del *Semmola* si parla di « una par-
« ticolare eruzione cutanea, la roseola mercuriale che compare
« per lo più sul petto e che talvolta precede anche lo ptia-
« lismo. »

Nessuno degli autori che ho consultato, descrive un eritema paragonabile a quello del caso di *Mäuer* (VII). Tuttavia non mi pare che sulla causa di tale dermopatia si possano elevare dei dubbi, nè pure sugli altri casi di eritema citati dal *Mäuer* nella sua memoria. Di questo la nostra Clinica ci offrì quest'anno due chiari esempi, di cui dirò in appresso, ed uno mi occorse non ha guari in una signora a cui avevo in seguito ad un avvenuto aborto al 2° mese, consigliato delle irrigazioni vaginali con una soluzione al $^1/_2$ per 1000 di sublimato corrosivo.

Si facevano giornalmente tre irrigazioni vaginali di due litri cadauna e si consumarono così 4 grm. di sublimato, poi essendo questa soluzione cagione di qualche bruciore ai genitali la si usò anche più diluita, per cui con altri 4 grm. si fecero 6 iniezioni pure di 2 litri cadauna. Si consumarono così 8 grammi di sublimato sciolti in 20 litri d'acqua in poco più di tre giorni. Alla sera del terzo giorno cominciò a lagnarsi di un bruciore alle gengive, il giorno appresso queste erano come la lingua tumefatte, dolenti, sanguinavano facilmente, la quantità della saliva leggermente aumentata. Nello stesso giorno comparve alla

superficie interna delle coscie e sulla pelle del ventre un eritema leggero, sfumato alla periferia e qua e là sollevato in pappole e ponfi. In breve esso si estese per tutta la persona dal dorso dei piedi alla faccia, dappertutto cogli stessi caratteri e molesto per la sensazione che destava di bruciore e di prudore. La sostituzione dell'acido fenico al sublimato corrosivo, un colutorio di clorato di potassa fecero scomparire questi sintomi in 24 ore.

Siccome la paziente era già febbricitante il primo giorno che fu da me visitata, non so se e quale parte abbia preso questo leggiero avvelenamento allo accrescimento della temperatura del corpo.

Dal 25 ottobre 1883 al 25 luglio 1884 si ebbero in questa Clinica 297 parti normali, 69 parti artificiali, 10 aborti spontanei. In tutti si usò come agente antisettico una soluzione di sublimato corrosivo al 0,50 per 1000. Fino al 10 gennaio la cura consistette in irrigazioni vaginali subito dopo l'esplorazione vaginale, ogni due ore durante il periodo dilatante, irrigazione continua durante il periodo espulsivo. Due irrigazioni giornaliere durante il puerperio fino all'8° giorno.

Dal 10 gennaio in poi le irrigazioni durante il puerperio furono soppresse. Si fanno sempre subito dopo il parto, ma poi che la puerpera è nel suo letto si fanno 3 volte al giorno ad intervalli regolari semplici lavature dei genitali esterni e della superficie interna delle coscie, non più iniezioni nella vagina. Nessuna puerpera morì per processo infettivo, nessuna per intossicazione mercuriale.

Due sole volte si dovette sospendere l'uso del sublimato per incipiente stomatite, che allora con l'uso del clorato di potassa guarì immediatamente.

Due casi si ebbero di eritema mercuriale; nè in un caso nè nell'altro la temperatura andò oltre i 37,2. Entrambe queste donne partorirono dopo il 10 gennaio. In una nel 9° giorno del puerperio comparve una leggera diarrea, e il giorno appresso la superficie interna e superiore delle coscie e la metà inferiore delle natiche presentavano un eritema affatto simile ad un arrossamento erisipelatoso. La diarrea fu vinta col magistero di bismuto associato alla polvere del Dower. Le lavature col sublimato erano sospese fin dalla sera dell'8° giorno e l'eritema era completamente scomparso alla 15ª giornata del puerperio.

Nell'altro caso si trattava di una puerpera sulla cui vulva al 2° giorno erano comparse alcune piccole ulcerazioni micotiche, per cui si erano fatte lavature diligenti della vagina oltre alla medicazione con tintura di jodio e jodoformio delle ulcerazioni stesse. Queste erano completamente guarite all'8° giorno, e alla sera di questo comparve anche qui un eritema sulla superficie interna delle coscie e sulle natiche ai dintorni dell'ano. Il giorno appresso l'eritema si estese alquanto, si accrebbe il prurito che gli era compagno e comparvero qua e là come dei ponfi e delle pappole. Il 10° giorno era scomparso completamente.

Nè in un caso nè nell'altro si ebbe stomatite.

In almeno 7 casi si fecero ripetute e prolungate lavature intrauterine per endometriti settiche causate per lo più da ritenzioni di parte degli annessi, due volte da putrefazione del feto, mai si ebbero a lamentare sintomi di avvelenamento. Vero è che si usa la massima cura a che il liquido iniettato possa sempre liberamente rifluire, non arrivi con troppo impeto nell'utero, e tanto l'introduzione quanto l'estrazione della cannula avvengano senza che sgorghi goccia di sangue. Durante l'iniezione poi una mano sorveglia attraverso alle pareti addominali il fondo dell'utero, e quando l'iniezione è finita spreme fuori il liquido che per avventura vi rimase.

È forse all'uso di queste cautele che la Clinica deve i buoni risultati avuti con questa medicazione, è in grazia dell'applicazione delle medesime che altre Cliniche hanno a lodarsi del sublimato (1).

Fin dall'anno scorso il Dott. *A. Toporsky* ne aveva fatto l'elogio pubblicando nel *Centralblatt für Gynäkologie* (2) un resoconto del modo con cui viene usato nella Maternità di Breslavia e dei risultati che vi aveva dati. Risultati egualmente buoni furono pubblicati dal *Bröse* per la Clinica di Berlino.

Il Dott. *Tânzer*, assistente alla Clinica ostetrica di Breslavia in

---

(1) In seguito alle pubblicazioni di questi casi di avvelenamento, nella Clinica di Torino si circondò di cautele ancora maggiori l'uso di questo disinfettante. La soluzione 0,50 $^0/_{00}$ viene riservata per la disinfezione delle mani e degli strumenti non metallici (cateteri, canule vaginali, ecc.); per la lavatura delle partorienti e delle puerpere si usa la soluzione 0,25 $^0/_{00}$. Le donne affette da malattie renali od anemiche per causa di emorragia recente vengono lavate con soluzione 2,50 $^0/_0$ di acido fenico.

(2) *Centr. f. Gyn.*, 1883.

un importante lavoro (1) comparso sulla « questione del sublimato » dopo aver esposti i riguardi coi quali vuole essere adoperato, così conchiude: « il sublimato si deve usare con somma « precauzione osservando minutamente ogni caso, poichè in se- « guito a lavature vaginali ed uterine si potrebbero osservare « sintomi di avvelenamento. Questi sintomi sono però general- « mente di indole benigna e subito cessano tralasciando l'uso del « sublimato, senza lasciare disordini permanenti. Avuto riguardo « ai buoni risultati dell'uso di questo sale, ed ai pericoli relativa- « mente leggeri che lo accompagnano, si deve ritenere il sublimato « corrosivo come il migliore dei disinfettanti per l'ostetricia. »

Il Prof. *Tarnier* nella sua lezione inaugurale del 28 marzo di questo anno terminò pure proclamando l'eccellenza di questo disinfettante per gli usi ostetrici.

Il Prof. *P. Negri* pubblicò l'anno scorso (2) i risultati che ottenne in 4 mesi, durante i quali usò nella sua Clinica la soluzione del 1 a 2000, e conchiude « che non si accorse mai dei « suoi effetti tossici, nè anche quando lo usò per lavature in- « trauterine, che questa soluzione si può sostituire in modo com- « pleto a quella del 2,50 per 100 di acido fenico, che la sua po- « tenza antisettica risponde in modo sufficiente alle esigenze « dell'asepsi puerperale. »

Kehrer, Hegar, Schatz, Kaltembach (3) comunicarono statistiche soddisfacenti delle loro Cliniche dove vengono usate soluzioni di sublimato da 0,50 a 0,25 per 1000, affatto recentemente il *Winter* (4) ci apprese che a Berlino lo si usò anche disciolto nella proporzione di 1 a 5000 con buon risultato (5).

Fuhrmann (6), *Stenger* (7), *Bokelmann* (8) quantunque abbiano

---

(1) *Centr. f, Gyn.*, 1884, N. 31. *Zur sublimatfrage* von H. Tanzer.

(2) *Annali di Ostetricia, Gin. e Ped.*, 1833 N. 7-8, *Intorno ad alcuni fatti clinici occorsi*, ecc., per P. Negri.

(3) *Centr. f. Gyn.*, 1883, N. 37. Hegar e sedute del 56° Congresso annuo dei Medici Tedeschi in Friburgo 1883 dal *The American Journal of Obstetrics.*, Aprile 1884.

(4) *Centr. f. Gyn.*, 1884, N. 43. *Gegen die übermässige sublimatdesinfection in der Geburtshilfe* von Dr. Winter, ecc.

(5) Da comunicazioni particolari avute dal Professore Morisani apprendo che anche nella Clinica di Napoli si usa il sublimato sciolto nella proporzione di 1 a 5000, quantunque talvolta se ne adoprino anche soluzioni più concentrate.

(6) *Centr. f. Gyn.*, 1884, N. 12.

(7) *Centr. f. Gyn.*, 1884, N. 13.

(8) *Centr. f. Gyn.*, 1884, N. 11.

avuto tutti a lamentare casi di avvelenamento più o meno grave ricordano tuttavia con compiacenza gli altri casi in cui essa fu di grande giovamento.

Se ci facciamo ora a considerare i vantaggi derivanti dall'uso di questo disinfettante, i pericoli che pure accompagnano l'uso di quegli altri che furono usati e si usano tuttora, se ricordiamo i casi di avvelenamento per acido fenico, per jodoformio, per acido borico (1), ci troveremo meglio disposti ad accettare l'uso del sublimato. Ma se si pensa alle sue qualità tossiche, di molto superiori a quelle degli agenti citati, poichè è ammessa come velenosa una dose superiore ai 10 centigrm. (2), rimarremo certamente dubbiosi se debbasi affidare in mano della levatrice o lasciare nelle famiglie un disinfettante così utile ma così pericoloso.

E questa questione occupa seriamente gli scrittori che fecero pubblicazioni sull'uso del sublimato. *Bokelmann* (3), quantunque in massima favorevole all'uso di questo sale, lascia in sospeso la questione, dicendo non esserne ancora definitivamente stabilito l'uso nè la dose in cui si deve adoperare.

Fuhrmann (4), vivamente impressionato dal caso esposto dal Prof. *Stadfeldt* lascia pure in sospeso la questione, quantunque trovi il sublimato superiore all'acido fenico per potere antisettico e non abbia osservato dopo le lavature intrauterine colle soluzioni di sublimato nessun fenomeno nè di avvelenamento nè di shok, i quali ultimi capitavano frequentemente quando usava l'acido fenico.

Tänzer è d'opinione che le levatrici possano usarlo (5).

Stadfeldt e *Mäuer* (6) non possono concederne l'uso a meno di accompagnarlo con grandi cautele e con attenta osservazione per cogliere i primi sintomi di avvelenamento. Lo *Stadfeldt* anzi, in vista appunto di queste difficoltà è contrario alla diffusione di questo disinfettante nella pratica delle levatrici.

Io mi sottoscrivo volontieri alle opinioni dello *Stadfeldt*, a meno

---

(1) *Glascow Médical Journal,* Dicembre 1881.

(2) *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Paris 1876. Articolo Mercure. — Husemann. *Trattato di terapeutica.*

(3) *Centr. f. Gyn.*, 1884, N. 12.

(4) *Centr. f. Gyn.*, 1884, N. 13.

(5) *Centr. f. Gyn.*, 1884, N. 31.

(6) *Cent. f. Gyn.*, 1884, N. 9, Stadfeldt. — Ibid. N. 17. Mauer.

che si potessero, con eguale benefizio, usare soluzioni più diluite come appare dai risultati che ottennero *Kehrer* e *Badlehner* con soluzioni del 0,25 per 1000 (1); da quelli che ci riferisce il *Winter* della soluzione di 1 a 5000 (2) e da quelli ultimamente pubblicati dal *Leopold* (3) il quale scrive: « deboli soluzioni di « sublimato di 1 : 4000 e rispettivamente di 1 : 2000 si mostrano « sempre sufficienti e non producono mai avvelenamenti » e conforta questa asserzione con una favorevole statistica di 600 parti.

Tuttavia queste incertezze quando si tratta di generalizzare e stabilire definitivamente l'uso di un antisettico, i casi disgraziati che ripetono per causa l'uso di esso, spiegano gli studi ed i tentativi che si fanno per sostituire al sublimato, che pure dal lato dell'efficacia e dell'economia è finora preferibile, un altro agente, che, ad efficacia pari unisca una minore potenza tossica.

Ulteriori ricerche di quasi tutti gli sperimentatori citati più sopra per essersi occupati del potere antisettico del sublimato, gli studi di *P. Bert*, di *Pasteur*, di *Bochefontaine* (4), una nota del *Miquel* presentata all'Accademia di Medicina di Parigi il 25 settembre dell'anno scorso, l'esperienza pratica del Dott. *Charpentier* ci presentano il *solfato di rame* come un disinfettante che soddisfa a queste condizioni.

Il Dott. *Charpentier* (5) dal 1° agosto 1883 al 1° ottobre dello stesso anno ha trattato con soluzioni al 1 per 100 di solfato di rame 248 parti, e non ebbe a lamentare alcun caso di morte. Nelle conclusioni del suo lavoro su questo disinfettante egli afferma che « il solfato di rame in soluzione al 1 per 100 ha una « grande potenza antisettica, agisce istantaneamente, è affatto « inoffensivo anche usato per lavature intrauterine. » Egli fa notare che si può anche trarre partito dalle proprietà astringenti e coagulanti che possiede al pari del percloruro di ferro, sul quale ha il vantaggio di non imbrattare le piaghe.

---

(1) *The American Journal of Obstetrics.* New-York, 1884, aprile. *Transaction of the German gynecolagical society.*

(2) Loco cit.

(3) *Centr. f. Gyn.* 1884 n. 46 *Uber den Gebrauch schwacher sublimatlösungen in der Geburtshilfe* von Prof. G. Leopold in Dresden.

(4) *Journal de Médecine.* Juin 1884. *Sur l'action microbicide du sulfate de cuivre*, etc., par Bochefontaine.

(5) *Revue Médicale.* Louvain, 1884, N. 4-5. *Du sulfate de cuivre comme antiseptique en obstetrique.* Resoconto di una comnnicazione fatta all'Accademia di Medicina di Parigi il 4 marzo 1884 dal Dott. M. Charpentier.

È desiderabile che un'esperienza più prolungata ed estesa a diverse Cliniche venga a confermare questi risultati; frattanto dai fatti sopraesposti si possono ricavare le conclusioni seguenti:

1.° Il disinfettante finora preferibile nella pratica ostetrica è il sublimato corrosivo.

2.° La soluzione di esso al 0,25 ‰ è sufficiente pei bisogni dell' asepsi ordinaria e non più pericolosa della soluzione 2,50 % di acido fenico.

3.° La soluzione 0,50 ‰ si deve riservare pei casi in cui occorra una maggiore potenza di disinfettante, rispettivamente quando si abbia a fare con un processo infettivo già in corso, nè si devono usare soluzioni più concentrate.

4.° Trattandosi di donne in stato di anemia acuta, o di donne affette da malattie renali in cui l' escrezione orinosa sia impacciata, il sublimato si deve sostituire con un altro disinfettante le cui proprietà tossiche siano meno accentuate.

Istituto Ostetrico della R. Università di Catania

IL PARTO PER LA FRONTE

NOTA

del Prof. **LUIGI MANGIAGALLI**

Questa nota mi fu suggerita da quella del Prof. Cesare Belluzzi sullo stesso argomento, estratta dalla serie IV, T. VI, delle Memorie dell'Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna e letta nella sessione del 9 marzo 1884, ma pervenuta a me soltanto in questi giorni, per gentilezza dell'autore, in questa nuova mia sede. Il Prof. Belluzzi, dopo avere riconosciuto, del che gli rendo grazie, che io ho promosso questo studio in Italia, fatte brevi considerazioni sulle quali avrò a ritornare, pubblica cinque osservazioni di parto per la fronte occorse a lui nella pratica privata e ospitaliera: quattro spettano a quella, una a questa. La 1ª osservazione risale al 1858, la seconda al 1876, la 3ª forse a questo stesso anno perchè l'autore dice che non passò molto tempo dalla 2ª, la 4ª al 1883, la 5ª infine al principio del 1884. Non è inutile questa cronologia, perchè, discorrendo l'autore della eziologia di questa presentazione, a pag. 13 dice « che non considerò i fatti relativi sotto quest'aspetto « allorchè dessi avvennero, massime i quattro primi, nella quale « epoca il parto per la fronte non aveva ancora richiamata l'at- « tenzione che gli ostetrici vi prestarono dippoi. » Veramente l'attenzione molti ostetrici l'avevano prestata a questo argomento: non parlo della mia memoria pubblicata nel 1880, ma parecchi trattati ne avevano fatto parola e fino dal 1873 era apparso l'im-

portante lavoro di Ahlfeld. I casi di Belluzzi non fanno propendere ad un pronostico favorevole in questa presentazione, poichè sopra cinque casi l'arte dovette intervenire armata mano tre volte, due col forcipe, una col craniotomo, mentre parrebbe che solo una volta vi fosse stata stenosi pelvica. E non è a caso neppure che io riferii come quattro delle cinque osservazioni gli si presentassero nella pratica privata e due di esse a notevole intervallo di tempo. Si potrebbe dimandare al Prof. Belluzzi: crede egli proprio che in tutto questo frattempo non sieno occorsi casi di presentazione della fronte nell'orbita della sua attività ostetrica o crede egli piuttosto che molti possano essere occorsi con parto spontaneo e quindi tali da non richiedere l'opera dell'ostetrico e temperare perciò il significato della sua statistica? Che poi il parto per la fronte non sia grande rarità lo dimostra l'osservazione stessa successiva del Prof. Belluzzi quando la sua attenzione venne richiamata su quell'argomento. Ma quella dimanda che potrei fare io non la faccio, poichè non è mio scopo di attenuare il valore dei fatti del Belluzzi. Io ho studiato il parto per la fronte senza idee preconcette e le mie conclusioni (*Il parto per la fronte — Annali di Ostetricia*, 1880) non furono che il risultato, a mio avviso, evidente delle osservazioni da me raccolte. Il Prof. Belluzzi invece ne dubita. Vediamo: due di quelle mie conclusioni fuse in una sola sono così riportate dal Prof. Belluzzi a pag. 1 del suo lavoro: « il « parto spontaneo per la fronte è possibile anche a termine di « gravidanza, ma *difficile e richiede molte volte l'intervento dell'arte,* « ma gli ostacoli non sono al distretto superiore, *quando non vi sia* « *difetto di pelvi,* e l'arte interverrà in condizioni nè difficili, nè « pericolose nè per la madre nè per il feto. » Le parole da me ora sottolineate non lo furono nel mio scritto come non lo sono in quello del Belluzzi. Lo feci ora perchè il Prof. Belluzzi vorrebbe cogliermi in certo qual modo in contradizione, aggiungendo subito dopo nella stessa pagina in cui venne fatta la citazione le seguenti parole: — « a dire il vero un tale giudizio « non mi sembrò molto in accordo colla proporzione dei parti « da lui citati che richiesero l'aiuto dell'ostetrico, i quali furono « più della metà. » Ma io chiedo venia al mio egregio collega. Non ho forse io scritto che il parto per la fronte è possibile ma *difficile?* Non ho forse io scritto *che richiede molte volte* l'intervento dell'arte? Io ho aggiunto che quando *non havvi stenosi*

pelvica l'intervento non è nè difficile nè pericoloso. E questo è vero, e risulta vero dall'esame dei fatti. E non ho forse io aggiunto anche, alla conclusione N. 3, che qualche volta la concomitante stenosi pelvica, *che sembra essere in nesso col genere della presentazione* rende il parto più laborioso e più grave il nostro intervento? Ove dunque il disaccordo tra i fatti da me raccolti ed i miei corollarii? Io mi ponevo fra l'ottimismo degli uni ed il pessimismo degli altri. E che notevole tratto corre infatti dai risultati miei e da quelli del Belluzzi stesso a quanto dice il Chiarleoni che « *quasi* sarebbe spinto a mettere il pronostico del « parto per la fronte a paro con quello che si porta intorno alla « presentazione del piano laterale abbandonato alla natura! » Lo Heinricius col quale fui in corrispondenza epistolare su questo argomento, pubblicò nel 1883 un importante lavoro sul parto per la fronte. Il libro di Heinricius è lo studio più completo, a mio credere, su tale riguardo, poichè verte sul cospicuo numero di 207 osservazioni: Il libro è diviso in sei capitoli: nel 1° passa in rassegna la parte storica, nel 2° studia l'eziologia, nel 3° il meccanismo del parto, nel 4° la diagnosi, nel 5° la prognosi, nel 6° il trattamento. Oltre il lavoro scritto in lingua svedese (*Om Pannlägen och Pannförlössingar*, Helsingfors 1883), l'autore mi favorì un lungo estratto di esso in lingua tedesca pubblicato sugli *Schmidt's zahrbücher*, Vol. 201 e da questo traggo le seguenti notizie. Orbene: sopra 202 casi il parto fu spontaneo in 101 (50 0/0), in 58 completato col forcipe (28,71 0/0), in 24 colla craniotomia (11,88 0/0), in un caso fu utilizzata una branca del forcipe come leva, in 13 venne praticata la correzione manuale, in 5 la versione pelvica. È bensì vero che fra i parti spontanei ve ne furono in cui il parto fu spontaneo dopo che si era avuta la correzione o spontaneamente o strumentalmente, ma resta sempre la bella cifra di 84 casi (40,6) in cui restò la presentazione della fronte per tutta la durata del parto. E notisi che lo Heinricius afferma osservarsi ristrettezza pelvica nel 36,70 0/0 dei casi.

Non ho dunque io ragione di affermare ancora una volta che il parto spontaneo è possibile quantunque difficile? Non ho io ragione di affermare che il nostro intervento non sarà nè difficile nè pericoloso quando non siavi stenosi pelvica? Colla concomitanza della stenosi pelvica la prognosi si fa piu sfavorevole, il nostro intervento più grave, più pericoloso, ma non l'ho io apertamente dichiarato? Nei 34 casi dello Heinricius, in cui si richiese

la perforazione si ebbero 14 casi di pelvi ristretta. Noi abbiamo, è vero, una mortalità ragguardevole. Quella dei bambini fu molto minore in quei casi in cui la fronte si volse in faccia od in vertice (12,50 0/0), nel tipico parto per la fronte sale al 24 0/0 (fra i parti tipici per la fronte lo Heinricius non annovera quelli in cui la radice del naso costituisce l'ipomoclio nell'evoluzione od arco di cerchio del capo, ma soltanto quelli in cui il mezzo della fronte occupando il centro del bacino, è la mascella superiore che fa punto d'appoggio contro la sinfisi pubica). Come mortalità generale è assegnata quella del 34,83 0/0 (2 casi di idrocefalo, 1 di idroencefalocelo, 6 feti macerati), mentre pei 12 casi della Clinica di Helsingfors fu soltanto del 25. La mortalità brutta per le madri fu del 17 0/0. Ma tale mortalità brutta può esclusivamente attribuirsi alla presentazione, quando tale statistica è raccolta in una lunga serie di anni e parte in periodi di tempo in cui ignoravasi l'antisepsi e quando in detti casi figura una serie di altre complicanze? Mi pare dunque di essere ancora in diritto di chiedermi come mi chiedeva nel mio lavoro accennato. « Quale « il significato, quale il valore di queste cifre? A me sembra come « esso armonizzi coi corollarii già tratti e come esso ci tenga egual- « mente lontani dal pessimismo degli uni e dall'ottimismo degli « altri. Il parto spontaneo è *possibile* anche a termine ma *difficile* « e la presentazione della fronte *richiede molte volte l'intervento* « *dell'arte*, ma questo si limita il più delle volte al forcipe, al « quale certo non possiamo addebitare le morti della madre, do- « vute il più delle volte all'elemento infettivo. » Forsechè non è accentuato abbastanza in queste righe quanto vi sia di sfavorevole nella presentazione della fronte? A me sembra di sì, a me sembra che esse dieno una imagine fedele di quanto avviene nella pratica e di quanto risulta dall'esame dei fatti.

Riguardo al trattamento il Prof. Belluzzi, il quale cita lo scritto di Chiarleoni, non cita punto le mie idee ed a pag. 14 scrive: « essere a raccomandarsi oltre la versione, se le condizioni nelle « quali si trova la donna sono favorevoli, anche la correzione fra « le quali sembra *preferibile* la mentale, purchè il mento sia ri- « volto all'avanti, e questa non solo nel primo stadio ma altresì « nel secondo in cui è pure sperabile poterla ottenere. » Ed io scrivevo appunto molte pagine per dimostrare o cercare di dimostrare « essere più conformi alle leggi della meccanica ed ai

« dettami della clinica il tentativo di richiamare la faccia che « non quello di richiamare il vertice. »

Posso dunque anche oggidì ritenere, in base ai fatti clinici, che data una pelvi normale il parto spontaneo è possibile, o almeno le difficoltà che s' incontrano ad espletarlo non sono gravi; che siccome la presentazione della fronte implica molte volte una stenosi pelvica la quale sta verosimilmente ad essa come causa ad effetto e si troverebbe ad un esame diligente più volte di quello che non appaia, così la prognosi si fa più sfavorevole non tanto per la presentazione in sè quanto per la stenosi pelvica che la concomita e tanto più sfavorevole quanto più la stenosi è grave. Del mio lavoro una cosa sola rifiuto, la mascolinità di fronte; non mancano esempi che tale parola possa anche così adoperarsi, ma è indubbiamente miglior uso che se ne addotti la femminilità. Al postutto sarebbe stato un gallicismo e se ne saranno confortati coloro che mi hanno fatto l'accusa di *tedescheggiante*.

Senonchè già da molto tempo io mi sono dimandato; perchè non potremo noi trasportare la questione dal campo clinico in quello sperimentale? E mi parve invero che in poche questioni avrebbe potuto l' esperimento portare così vivida luce come in questa. La questione non è essa anzitutto meccanica, essenzialmente meccanica? Nel campo clinico è sempre difficile lo sceverare ed analizzare uno ad uno i diversi elementi che costituiscono il *caso clinico* ed assegnare ad ognuno di essi la debita parte: è poi difficilissimo quando i casi non furono da noi osservati, o, se lo furono, lo furono da molto tempo. Noi raccogliamo bensì una serie di casi in cui il nostro intervento è stato necessario, ma quale cumulo di circostanze induce per solito il clinico ad intervenire! Messo per due anni alla direzione di una clinica che difettava di ogni cosa, questi esperimenti vennero fatti a sbalzi, qua e là, secondochè ne avevo l'opportunità e furono ora ripresi. Riporto qui quelle conclusioni delle mie ricerche che mi pare possano restare invariabili anche con studii ulteriori, riservandomi poi di pubblicare a tempo debito un lavoro completo su tale argomento.

1.ª In una pelvi normale la testa messa in presentazione frontale discende facilmente fino allo stretto inferiore: l' applicazione di forcipe fatta quivi onde misurare la vis a fronte che nell'esperimento applicasi onde sostituire la vis a tergo fisiologica, ci rappresenta una forza che non supera quella in

atto nei parti fisiologici, considerata questa nei suoi limiti inferiori.

2.ª Restringendo la pelvi a 10 ctm. si verificano le stesse circostanze di fatto e non si supera che di una quantità lieve e trascurabile la forza che noi dispieghiamo col forcipe allo stretto inferiore nel caso antecedente.

3.ª Da 9 $^1/_2$ ctm. a 9 ctm. la testa non s'impegna che parzialmente entro lo stretto superiore e la parte centrale della fronte discende ad 1 $^1/_2$ ctm. al disopra di un piano che passa per le spine ischiatiche. Con tutta facilità tende a disporsi trasversalmente, rendendo perciò il caso più difficile e complesso come ebbi d'altra parte a determinare anche nello spoglio dei casi raccolti da Heinricius.

4.ª In simili circostanze il forcipe riesce a far discendere la testa, a rotarla ad estrarla dispiegando una forza variabile da 14 a 30 kgm. secondo il volume della testa e secondo il forcipe che si adopera e secondo il modo con cui è allestita la pelvi in ghisa per l' esperimento, rimanendo ben inteso costante il grado di viziatura.

5.ª Le pelvi in ghisa per esperimento che si restringono nel senso antero-posteriore mediante l' avanzarsi della parete pelvica posteriore a movimento di cerniera, possono mettere lo esperimento allo stretto inferiore in condizioni più favorevoli di quello che non avvenga nel campo clinico, perchè cresce la distanza cocci-sotto-pubica col crescere della stenosi pelvica allo stretto superiore. È però ad osservarsi che nelle pelvi piatte-rachitiche osservasi di spesso eguale fatto e per eguale meccanismo (rotazione del sacro sopra un asse trasversale).

6.ª L'esperimento mette in evidenza un fatto che è stato osservato anche nel campo clinico (se ben ricordo di un caso simile a lui capitato mi discorse alcuni anni or sono il Dott. Monzini, consulente ostetrico in Milano); qualche volta e tanto più soventi quanto più la stenosi pelvica è accentuata (nei limiti accennati), l' arcata alveolare del mascellare superiore scivola in basso e la bocca abbraccia in certo qual modo addenta la sinfisi pubica, migliorando le condizioni meccaniche del disimpegno del capo, senzachè ne vengano lesioni (ne' miei esperimenti almeno) al mascellare inferiore.

7.ª Al disotto di 90 mm. non posso ancora pronunciarmi sul grado di frequenza con cui può diventar necessaria la cranioto-

tomia, variando la stenosi dello stretto superiore da 90 a 78 mm. limite questo al disotto del quale si può ritenere in massima controindicato l'uso del forcipe anche data la presentazione del vertice.

I risultati dell'esperimento mi pare dunque collimino abbastanza coi corollarii da me tratti nel campo clinico: *possibilità del parto spontaneo nelle pelvi normali: difficoltà di esso nelle pelvi non molto viziate: possibilità di espletarlo in detti casi mediante il forcipe nella maggioranza dei casi.*

SULLE RELATIVE ATTRIBUZIONI
DEI MEDICI, DEI CHIRURGHI E DEGLI OSTETRICI
NEGLI OSPEDALI DI LONDRA

LETTERA

del Prof. **ROBERT BARNES** di Londra

al Dott. **Mundé** di Nuova-York

Il 29 e il 30 agosto mi trovavo alla esposizione torinese, nella galleria per l'igiene, chiamatovi per dare schiarimenti snl R. istituto ostetrico ginecologico di Firenze, del quale stava esposta la pianta insieme a qualche fotografia e a 3 aquarelli rappresentanti una camera-infermeria, e la sala del parto.

Un membro del giurì (che fu poi anche il relatore) obbiettava fortemente contro la riunione, da lui giudicata pericolosissima, della ostetricia e ginecologia nel medesimo recinto. Io risposi che peroravano per codesta riunione la economia, il maggior rigore scientifico dell'insegnamento, specie nella parte diagnostica, donde un utile indiscutibile per le ammalate, la maggiore regolarità c comodità della istruzione clinica insieme a più spiccato e vantaggioso legame tra le varie parti di essa, la libertà, indipendenza e dignità dell'insegnante, e infine la certezza di evitare dualismi moralmente e materialmente nocevoli. — Quanto al pericolo della infezione gli è cosa di spettanza d'una buona profilassi, per cui è un pericolo assai problematico. — L'egregio collega-giurato. convinto di dare un colpo decisivo alle mie argomentazioni citava l'esempio di Londra dove sono (diceva lui) molte maternità e molti spedali ginecologici ne' quali è altamente rispettata e tutelata la indipendenza e dignità scientifica e professionale. — Alla mia volta risposi che, per la conoscienza mia dell'ordinamento scolastico e spedaliero di Londra, potevo affermare che in codesta que-

stione se v'era paese che non potesse fare da esempio era precisamente Londra, e che perciò persisteva nel mio avviso che l'istituto ostetricoginecologico di Firenze com'è organizzato non sia istituzione cattiva e meriti qualche lode.

Chi avrebbe preveduto che in quel turno di tempo viaggiasse verso l'Europa *L'American journal of obstetrics* recante una lunga lettera di Robert Barnes, notissimo ostetrico di Londra, che tratta un argomento avente non poca relazione con quello del quale si discuteva il 29 e il 30 agosto, nella galleria d'igiene, tra me e il distinto collega-giurato e poi relatore? —

Piacque al Dott. Vercelli fare una libera riduzione dello scritto di Barnes mantenendovi fedelmente l'*humour* che vi è sparso in copia: i lettori vi troveranno, con una lettura interessante, elementi d'ogni fatta per un giudizio; questo io non dubito debba collimare con il mio « non essere Londra, almeno per ora, un esempio imitabile in materia d'istituti ostetrico-ginecologici, specie nel rispetto didattico: » lasciamo dopo ciò la parola al professor R. Barnes.

D.° Chiara.

Caro Mundé

Ottemprando alla promessa fattavi or sono alcuni mesi, vi spedisco uno schizzo delle rispettive attribuzioni dei medici, dei chirurghi e degli ostetrici (comprendendo in questi ultimi anche i ginecologi), a cui le amministrazioni degli Ospedali di Londra astringono rigorosamente i cultori delle diverse branche dell'arte salutare: attribuzioni arbitrarie, anomale ed a parere mio contrarie al progresso della scienza medica, vuoi che si consideri nelle singole sue parti oppure in concreto.

Facendomi l'eco di uno stato di cose che rasenta l'assurdo, non ho la menoma lusinga di vederne scemati i danni che ne conseguono: scopo unico di questo mio scritto è di segnalare le cause per cui in Londra, il centro più vasto della popolazione del mondo, epperò con un materiale clinico non secondo ad alcuna altra città, con un Reale Collegio di Medici ed uno di Chirurghi oltre all'Università, colle sue numerose e fiorenti società mediche, e con un complesso di professori e medici pratici che non teme il confronto di qualsiasi altra metropoli, le condizioni della ginecologia non sieno tali che da noi se ne possa menare vanto.

Fu già un tempo in cui l'ostetricia essendo esclusivamente nelle mani di indotte femmine, quasi la non veniva considerata quale una branca della medicina e della chirurgia: e questo pregiudizio non è ancora del tutto spento ad onta dei lavori di Harvey, di William, di Hunter, di Smellie e delle successive generazioni di ostetrici, non inferiori per numero e valentia alla coorte di sapienti che illustrarono le altre branche dello scibile medico, cosicchè ancora al giorno d'oggi medici e chirurghi eminenti in Inghilterra si gloriano di essere liberi dalle pastoie dell'ostetricia, quasi la meschina ne lordasse il blasone di medico o chirurgo!...

Tanta presunzione tornò un giorno amara allo Skey, che in una solenne adunanza della Società medico-chirurgica di Londra, essendosi impegnato in una questione di ginecologia con Robert Lee, e mal reggendo alle incalzanti argomentazioni del suo avversario, raggiante nell'aureola del suo talento chirurgico, troncò la discussione irrompendo maestoso: « Grazie a Dio d'ostetricia io sono affatto ignaro. » Ratta al par del fulmine fu la risposta del veterano degli ostetrici: « Se l'eminente oratore è uso a ringraziare Dio della propria ignoranza, ben gli sta.... s'abbia le nostre sincere congratulazioni. » Qualche tempo appresso ebbi occasione di assistere ad un'operazione cesarea dello Skey al St. Bartholomew's Hospital, e per avventura un barlume di cognizioni ostetriche l'avrebbe suffragato in tale frangente!... Trattavasi di una rachitica entrata nella sala della maternità di detto ospedale, diretta a quel tempo dal Greenhalg, il quale appunto perchè non affatto digiuno di cose ostetriche, era ben più competente per l'operazione, ma c'era di mezzo il regolamento dell'ospedale che tale atto, ostetrico per eccellenza, riservava al titolare di clinica operativa. La bisogna non corre diversa nella maggior parte degli ospedali di Londra, che informarono i regolamenti allo statuto del St. Bartholomew's, il più antico ed il più vasto degli ospizi di questa città.

Nè bastano i balzani regolamenti degli ospedali, chè le tradizioni e lo statuto ancora dei due Reali Collegi Medico e Chirurgico, loro prestano mano benigna ad infirmare il prestigio dell'ostetricia. Ei pare ben naturale che l'ostetrico essendo a preferenza chirurgo che semplice medico, debba appartenere al collegio dei chirurghi anzichè a quello dei medici: eppure la cosa corre precisamente al rovescio: io mi sono adoperato invano a provare che qualche idea d'ostetricia non sarebbe tornata disdi-

cevole ai membri del Reale Collegio dei chirurghi. — Quando nel 1852 il Consiglio amministrativo di questo Collegio istituì il corpo degli esaminatori in ostetricia, nominandone Arthur Farre, Oldham, James Reid, e poscia Charles West, Robert Lee, Robert Barnes e Priestly, il diploma che veniva da essi autenticato, non era considerato una condizione essenziale per essere dichiarati membri del Reale Collegio dei Chirurghi, ed i loro licenziati, che erano autorizzati a praticare la medicina universale, per la maggior parte non si erano menomamente occupati di ostetricia, allo studio della quale accingevansi, dopo aver ottenuto il grado accademico, quei soli medici coscienziosi, che fatti i primi passi nella clientela s'erano tosto convinti di quale inciampo fosse nel l'esercizio giornaliero della loro arte, il difetto di cognizioni ostetriche. La pubblica opinione gradatamente si ribellò contro i medici ignari di ostetricia, epperò nel 1876 quasi più non trovavasi un membro del Reale Collegio di Chirurghi che dopo di avere ottenuto il grado accademico, non si presentasse per avere il succursale diploma di ostetrico. Questo stesso plebiscito non valse a stornare il Consiglio del Reale Collegio dei Chirurghi dal suo proposito di considerare l'abilitazione in ostetricia quale superfetazione ad ottenere il grado accademico, e non potendo d'altra parte disconoscere la necessità assoluta di ostetrici, prese la più strana deliberazione che mente inferma possa concepire: quella cioè di staccare completamente l'ostetricia dalle altre branche dell'arte salutare, creando un diploma speciale cui potessero accedere e uomini e donne, senza che da loro si fosse pretesa cognizione di sorta delle altre parti dello scibile medico: passo che segnava per l'ostetricia un regresso medioevale. L'offesa non rimase inulta: io mi precipitai da una cattedra su cui l' onore non permettevami più di sedere: il mio esempio fu tosto seguito da Farre e da Priestly, nessuno in Londra si attentò di occupare i seggi rimasti vacanti, epperò il Reale Collegio dei Chirurghi per più anni fu privo di insegnanti ed esaminatori delle ostetriche discipline, cioè fino al 1881, in cui alla fine trionfò l' idea da me da tanto tempo propugnata, di rendere l'esame d'ostetricia obbligatorio, quanto quello della medicina e della chirurgia, per essere qualificati membri del Reale Collegio dei Chirurghi.

Vinta per la teoria, la questione ostetrica è ben lungi dall' essere risolta per la pratica. Tutti gli ospedali generali hanno una amministrazione composta per la maggior parte e per diritto

acquisito, da consiglieri del Reale Collegio dei Chirurghi, e finchè durerà un tale stato di cose, l'ostetricia vi sarà più tollerata che rappresentata. Ivi la posizione dell'ostetrico è al disotto di quella di un chirurgo sopranumerario; i letti che gli sono concessi sono di molto inferiori in numero a quelli delle sezioni mediche e chirurgiche, irrisoriamente al disotto al numero delle donne che ricorrono agli ospedali per le sofferenze speciali al loro sesso; le malattie stesse che egli giudica di sua pertinenza vengono rigorosamente definite e controllate dai chirurghi, in guisa che mentre questi accettano nella loro sezione qualunque caso di ginecologia, contendono poi all'ostetrico tutte le affezioni che non abbiano per limite esclusivo l'utero.

Questa tirannide spicca manifestissima nello statuto del St. Bartholomew's Hospital. Nella revisione al proprio regolamento interno fatta nell'anno 1855, il Consiglio Amministrativo decretava: « Tutte le operazioni della Sala di S. Marta (destinata alla ginecologia) saranno praticate dai chirurghi dell'ospedale per turno, escluso l'ostetrico che ne ha la direzione. » West che nel 1859 era professore di ostetricia in detto ospedale, reo di avere praticata un'operazione di ginecologia, fu chiamato nanti il Consiglio d'Amministrazione a dare conto di tanta infrazione al vigente regolamento. West si mostrò contrito del suo peccato ed acciocchè non l'assalisse più la tentazione di sfruttare la donna d'altri, fece fermo proponimento che per l'avvenire solo le gravide avrebbero trovato ricetto in grembo a S. Marta, e che le altre donne tutte avrebbe messe a disposizione dei chirurghi. Il Consiglio con suo verbale mentre si ritenne soddisfatto dell'autoapologia del West, biasimandone i proponimenti, gli rammentò l'obbligo di accettare nella sezione S. Marta i casi di ginecologia e d'invitarvi il chirurgo ogni qualvolta un atto operativo si fosse giudicato necessario. Simile ordine venne confermato nel 1865, e nel 1870 a maggiore umiliazione dell'ostetrico, fu disposto che le operazioni della sala S. Marta non sarebbero più fatte dai chirurghi per turno, ma dal quarto nominato (cioè dall'ultimo) ed in sua assenza dal primo chirurgo assistente.

Il West sopraffatto da tante vessazioni si ritirò, nè i di lui successori sono riusciti a liberarsi da sì uggiose pastoie. Ogni trattamento chirurgico è ancora vietato al giorno d'oggi all'ostetrico del St. Bartholomew's Hospital, cosicchè la stessa enucleazione di un polipo e l'applicazione del cauterio attuale e poten-

ziale gli è tollerata ma non concessa di pieno diritto. In questi ultimi tempi l' amministrazione diè prova di sua magnanimità concedendo all'ostetrico di praticare l'operazione cesarea, se però la gravidanza, e la sola gravidanza, sia un fatto lampante, poichè l'ablazione simultanea di un tumore uterino, ovarico ed *a fortiori* di qualsivoglia prodotto eterologo addominale, lo renderebbe reo di ferimento volontario, e nel capoverso è inchiusa la stessa incisione esploratrice. Novella Minerva s' ingolfi l' ostetrico nel bacino armato di tutto punto, senza che a lui siano necessari gli ordinari ninnoli diagnostici!... La Carta, come vedete, va in aria al menomo sbuffo chirurgico: la stessa operazione del Porro non può essere tentata dall'ostetrico, chè oltre all'utero le ovaie ancora ci stanno di mezzo.

Sul terreno del perineo lunga ed accanita fu la tenzone, che finì col seguente concordato: ove l' operazione sia richiesta da prolasso o fistola vescico-vaginale è fatta facoltà all' ostetrico di praticarla, sarà invece devoluta al chirurgo ove trattisi di ovviare all'incontinenza delle feci od a settico venticello: urina e flato, ecco i limiti naturali fra ostetricia e chirurgia secondo i Soloni del Bartolomew's Hospital!...

La ginecologia va debitrice a Tyler Smith d'avere menato un colpo decisivo contro queste fole chirurgiche. Inauguratasi una nuova scuola al St. Mary's Hospital, egli venne assunto a professore di ostetricia, e trovatosi a fronte di una nuova istituzione, senza l'intoppo di tradizionali e rancide consuetudini, rivendicò all'ostetrico il diritto ed il dovere di trattare qualsiasi caso di ginecologia nel più ampio senso chirurgico, e tale diritto mantennero Meadows e Wiltshire, che a lui succedettero. Con lodevole esempio le amministrazioni dell'University College Hospital e del King's College Hospital, nel primo dei quali è professore di ostetricia Graily Hewitt, e nel secondo il Playfair, estesero le attribuzioni dell'ostetrico all'ovariotomia ed ai congeneri tumori dell'addome. Per favore speciale dei miei colleghi al St. George Hospital, io pure fruisco di tale privilegio, che fu conferito in in via precaria alla mia personalità e coll' espressa clausola che non passerebbe in eredità ai miei successori.

Al Guy's Hospital io vidi tanto l'Hicks quanto il Galabin ad eseguire l'operazione cesarea; e non si peritarono di spingere la loro audacia fino a praticare un'incisione addominale per l'estrazione del feto in gravidanza extra-uterina. Di qui le ire dei chi-

rurghi, i quali tanto si adoprarono presso il Governatore dell'ospedale, che in virtù di sua autocratica autorità emanò un editto in forza del quale ogni atto operativo sopra la regione addominale è interdetto agli ostetrici, e ciò a reale discapito dell'umanità sofferente, chè per quanto il Guy's Hospital possa menare vanto di abilissimi chirurghi, nessuno sarà tanto baldanzoso da contendere all'Hicks il primato nel maneggio dei tumori addominali. Finora non si è peranco offerto all'Hicks l'occasione di eseguire l'ooforectomia e l'operazione del Tait, ma il diavolìo che terrebbe dietro a tanto scandalo è più facile immaginarlo che descriverlo.

Queste angherie delle scuole mediche di Londra furono l'incentivo precipuo all'istituzione di ospedali speciali per le malattie delle donne, ove i più eminenti professori di cose ostetriche riparano onde dare libero sfogo al loro genio chirurgico. I barbassori della chirurgia non rispettono i poveri ostetrici neanco in questa loro solitudine, e a menomarne l'importanza personale li vanno qualificando per meri specialisti: nomignolo che io di ripicco mando a quei che a noi lo inflissero. Per me è specialista quel medico che nel processo eziologico e nosologico di una malattia, mette in non cale dei fattori importantissimi; epperò ben limitata è la sfera di quei pratici che trasandano lo studio fisio-patologico del sistema generatore della donna. L'individualità dello specialista è erronea quanto quella del medico enciclopedico (all round man): questi sarebbe il vero ideale del pratico, ma a trovarli vi voglio, a meno che di tale nome vogliate fregiare colui che applica alla medicina senza un po' di predilezione a qualche branca di tale scienza. Per mia fe' che a questi medici di un sol pezzo, meglio che ad altri si attaglia il nomignolo di specialisti: il loro sapere non è rappresentato da un circolo, ma da un solo secante; l'arco della conoscenza delle malattie delle donne che in essi difetta è in molte contingenze il più importante, e l'imperfezione dei loro diagnostici andrà di conserva all'irrazionalità della cura delle malattie che s'accingono a trattare.

M'è grave dovere confessare che lo spirito di partigianeria chirurgica aleggia persino in alcuni di questi ospizi destinati alle sole malattie delle donne; ne è prova il seguente fattarello accaduto recentemente al Vincent Square Hospital. I chirurghi Skene Keith e Smythe vennero a piatire nanti all'Associazione

medica britannica contro il Dott. Culver James, il quale essendo medico dell'ospedale si era permesso di praticare nella sezione dello Smyth, da lui rimpiazzato per assenza temporanea, un'operazione ginecologica, colla circostanza aggravante di avere proditoriamente invitato l'accusatore Skene Keith ad assistere ad un tale atto e resolo reo d'infrazione del regolamento dell' ospedale. Questa è marchiana!.... Un chirurgo che si crede reo di lesa maestà chirurgica!.... Il verdetto dei giurati, cui venne affidata la soluzione della contesa, olezza di puritanismo chirurgico le mille miglia lontano. Essi dichiararono che la disputa ebbe origine dal trovarsi unite in una stessa persona (Dott. Culver James) due persone affatto distinte, cioè il medico ed il chirurgo di uno stesso ospedale, e che ciò era semplicemente assurdo. Per certo la facoltà giuridica di quei signori è a livello della loro logica grammaticale!... Come è possibile che il Dott. Cnlver James non sia una sola e medesima persona?.... È lecito arguire che un tribunale che la pretende a scindere l' individualità personale, non si periterebbe a fare mano bassa sulla stessa unità della scienza medica. Eppure la sentenza parve tanto assennata agli amministratori del Vincent Square Hospital, che Culver James dovette rassegnare le sue dimissioni.

Al Soho Hospital, che è il più grande degli ospizi destinati alle sole malattie delle donne, ambo le attribuzioni di medico e chirurgo sono riunite nella stessa persona. Al Sammaritan Hospital vige l' antica divisione di medico e chirurgo e naturalmente questo solo opera. Al Chelsea Hospital il titolo del sanitario è di *physician* (medico-fisico), non havvi divisione di lavoro e la donna non viene palleggiata da letto in letto per intestine guerriciole medico-chirurgiche.

Egli è da questi speciali centri destinati alle sole malattie delle donne che la ginecologia appo noi s' incamminò in quella via di progresso che non le fu possibile fino a tanto che si trovava agglomerata nelle scuole e negli ospedali alla chirurgia generale, da cui si va ogni giorno più emancipando, come già da tanto tempo se n'era staccata l' oculistica. Questa però non subì la benchè menoma traversìa, essendo ognora stato concesso ai di lei cultori di spadroneggiare nel trattamento delle malattie del campo visivo tanto d'ordine medico quanto chirurgico.

Perchè ciò?.... La risposta, se pure è risposta, sta tutta nel grado del titolare delle rispettive cattedre: l' oculista è ognora

un chirurgo, l'ostetrico un medico. Esistono tuttora in Londra due Reali Collegi, il Medico ed il Chirurgico: in tempi remoti il primo non pretendeva dai suoi licenziandi lo studio della chirurgia, ed il secondo quello della medicina. Fino ad un certo punto la distinzione mantenevasi pure nella clientela, ma mentre i medici astenevansi dall'operare, i chirurghi meno scrupolosi si davano a curare tutte le malattie, onde sir William Lawrence interrogato un giorno sui rispettivi diritti e doveri dei medici e dei chirurghi, emise il seguente parere: « Spettano alla chirurgia i casi che empiono la borsa, tutti gli altri sono riservati alla medicina. » L'ostetricia in allora veniva solo insegnata nel Collegio Medico, ed ardua impresa sarebbe per me il dirvi perchè quivi avesse presa stanza, anzichè riparare nel Collegio Chirurgico, suo naturale domicilio. Da ciò nacque il pregiudizio, trasmesso da generazione in generazione, e non ancor del tutto spento ai nostri dì, che l'ostetrico è un medico e non un chirurgo.

L'anomala, arbitraria e dannosa divisione di corpo in medico e chirurgo è ormai scomparsa nelle Università, ed il grado accademico conseguito in ambo i Collegi conferisce il pieno diritto di esercitare la medicina, la chirurgia e l'ostetricia, solo che il grado di *surgeon* (membro del Reale Collegio Chirurgico) è gerarchicamente inferiore a quello di *physician* (membro del Reale Collegio Medico), a cui si accede per maggiori studi di perfezionamento. Ne, chè io sappia, il corpo accademico del Reale Collegio Medico, sollevò piati contro quelli dei propri membri che si diedero alla chirurgia operativa, che anzi eminenti ginecologi come Arthur Farre e Charles West furono elevati al supremo grado di censori, ed eguale onore fu pure conferito a me. Ma la magnanimità dei medici di ricevere nel proprio grembo l'ostetrico, si torce a danno dell'adottato, che spogliandosi del titolo di *surgeon* per fregiarsi di quello più nobile di *physician*, deve abiurare, sopra l'antico testamento dei regolamenti ospitalieri, la propria attitudine a brandire il gammautte.

Nè il regno di simili chimere finirà fino a tanto che non avvenga l'annessione in un solo dei due Collegi Reali, la cui distinzione in Medico e Chirurgico è già virtualmente estinta. Da questa divisione è fomentata la tendenza spiccatissima in Londra, a paragone degli altri centri, di scindere la medicina in tante specialità quanti sono gli organi del corpo, di guisa chè l'ammalato

bussa a differenti porte se è travagliato da affezioni di gola, di petto, di fegato, di ventricolo, ecc.; chè hannovi più specialisti per le malattie di uno stesso viscere, di modo che chi è commendato per la cura della nefrite albuminurica, nulla ci capisca del diabete, e per poco che la duri vedremo spuntare specialisti con supremazia sulle malattie del destro oppure del sinistro rene.

Quanto io sono venuto dicendo, si applica solo alle scuole di Londra, chè nelle Università e negli ospedali della Scozia e dell'Irlanda, la medicina è ben più indipendente e cattolica. Nè per certo il genio eminentemente chirurgico di sir James Simpson avrebbe potuto librarsi tanto sublime, se dai vigenti nostri regolamenti ne fossero state le ali tarpate; come nel limbo sarebbero rimaste tutte le illustrazioni ginecologiche di cui può menare vanto la vostra America se l'ostetrico gemesse sotto il giogo della nostra schiavitù.

Credetemi vostro sincerissimo

ROBERT BARNES.

(Libera riduzione dall'*American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*).

VERCELLI.

DELLA PRESSIONE DEI FEMORI

E DELLA

SUA INFLUENZA SULLA FORMA DELLE PELVI

STUDIO

di Francesco H. Champneys, M. A., M. B (Oxen), F. R. C. P.

Assistente professore di ostetricia, ecc., ed ostetrico assistente
all' Ospedale di S. Giorgio.

dalle « **Transactions of the obstetrical Society of London** »

Vol. XXV, 1883

London Longmans, Green ad C.° 1884

TRADOTTO DA

GIULIO KIRCH

Medico Assistente nel R. Istituto di Maternità di Firenze.

(*Continuazione e fine,* v. pag. 434).

---

c) Quando si cerchi una spiegazione della « pressione dei femori verso l'interno, » questa si potrebbe trovare in una « combinazione di forze, » fra il punto sopra il quale agisce il peso del corpo ed il punto su cui si esercita la resistenza contro gli acetaboli. Se le forze che si esercitano contro gli acetaboli cadessero in punti più interni a quello su cui cade l' azione del peso del corpo, la sopradetta combinazione di forze agirebbe verso l' interno e tenderebbe ad allontanare sempre più tra di loro le parti inferiori delle ossa iliache. Ma in tutte le pelvi normali e nella maggior parte di quelle viziate la pressione si fa più esternamente, poichè gli acetaboli si trovano sopra due linee che stanno al di fuori del punto sul quale si esercita l' azione del peso del corpo, quindi è che l' ossa iliache conservano la forma pianeggiante a dispetto della forza premente che dall'esterno si esercitano su di loro.

Nella deambulazione il braccio di leva che rappresenta la distanza fra i punti d'azione di queste due forze, è realmente raccorciato dall'inclinarsi che fa la pelvi dalla parte su cui cade il peso del corpo, ma questa inclinazione, ben altro che eliminare, può alterare l'azione di questa combinazione di forze.

Ed è qui che cadrebbe opportuna una discussione su quella parte del libro di Matteo Duncan « Ricerche in ostetricia », dove parla della pressione dei femori. Diverse e più qua più là si trovano in quel libro le cose che vi si riferiscono. Così egli dice a:

Pag. 69. « La forza che si esercita alle estremità inferiori dell'osso iliaco e che è opposta a quella del peso del corpo agisce in una direzione dal basso all'alto, dall'infuori all'indentro e verso il centro della circonferenza pelvica. »

Pag. 79. « Durante tutto il periodo di accrescimento della pelvi, mentre essa va acquistando le debite proporzioni, e mentre le sue articolazioni sono ancora relativamente mobili, nè le ossa sono ancora solidificate e saldate insieme, essa deve sottostare a due grandi forze, nella stazione eretta e nella deambulazione; cioè ad una che è data dal peso del corpo e che si trasmette lungo il sacro fino alle spine iliache posteriori, cioè fino alla parte superiore delle ossa iliache; all'altra che è data dalla pressione (reagente alla sopradetta forza) trasmessa dai femori agli acetaboli, cioè alle parti più basse del medesimo osso iliaco. Ambedue queste forze tendono a spingere l'estremità opposte dell'osso iliaco in una direzione che è verso un punto più o meno lontano dal centro del canale pelvico. »

Pag. 83. « A produrre le deformazioni delle ossa, rese incapaci alla naturale resistenza, da rachitismo o da osteomalacia, concorrono due grandi fattori che devono essere presi in considerazione, cioè gli sforzi muscolari e inerenti a quei muscoli che sono inseriti su quelle ossa, e quella parte del peso del corpo che nella stazione eretta esercita maggior pressione sopra i diversi ossi. Vedremo in seguito, che l'escludere completamente il primo di questi due fattori, sarà giustificato dalla spiegazione che daremo del come avvengano le grandi deformazioni che si ritrovano nella pelvi caratteristicamente rachitica e nella osteomalacica. A tale conclusione potremmo arrivare altresì con un ragionamento a priori. Poichè se paragoniamo l'azione irregolare di un qualche muscolo o di un gruppo di muscoli, all'azione della grande e continuata pressione del peso del corpo, apparirà manifesta la poca impor-

tanza della prima, poichè essa relativamente alla seconda si esercita con poca potenza (come forza materiale) eesendo suo carattere principale l'azione intermittente e temporanea; come pure non potremo ricorrere all'azione di muscoli antagonisti, non potendo questa avere una forza ed una durata tale da spiegare i cambiamenti di conformazione che si producono nella pelvi. »

Pag. 92. « La naturale pressione della testa dei femori verso l'alto e l'interno, spinge gli acetaboli in quella stessa direzione. »

Ma la seguente citazione sembra sia in opposizione con la precedente.

Pag. 105. « Perchè due forze possano equilibrarsi, è necessario che siano uguali e contrarie. Esse sono applicate alla parte più bassa dell'osso iliaco e alla cavità cotiloidea. Per potere resistere alla forza verticale che viene dall'alto, bisogna che vi sia una forza corrispondente ed opposta dal basso, e per equilibrare la forza che spingerebbe all'infuori la parte inferiore dell'osso iliaco, vi deve essere una forza uguale ed opposta che la spinga verso l'interno. Queste forze combinate agiranno in una direzione dal basso all'alto e dall'infuori all'indentro. La forza che agisce dal basso all'alto si spiega facilmente, poichè non è altro che la resistenza opposta al peso del corpo. La forza che agisce verso l'interno non può essere data dalle ossa del pube; queste possono avere azione solo fino a un certo punto come supporto e legame per fissare le parti inferiori dell'ossa iliache. La direzione delle forze riunite è indicata dalla direzione del collo del femore, e la forza agente verso l'interno è spiegata dai grandi muscoli e da alcuno dei ligamenti che entrano in giuoco nella stazione eretta, e ciò con tal forza da tenere il capo del femore validamente applicato contro la cavità cotiloide, risultato che è assolutamente impossibile ottenere se viene a mancare una forza molto potente che agisca verso l'interno. »

Ciò nullameno bisogna rammentarsi che la pressione atmosferica è per sè stessa sufficiente a sopportare tutto il peso degli arti inferiori, anche se siano remossi tutti i muscoli e ligamenti. Naturalmente non si può parlare di ciò nel caso in cui entrino in azione forze violenti od eccessive.

Non possiamo accettare l'opinione, che la contropressione al peso del corpo agisca dal basso all'alto e verso l'*interno*. Tale cosa si verificherebbe se gli acetaboli si trovassero sulla stessa linea sulla quale si spiega l'azione del peso del corpo, ma essi

stanno al di fuori di questa linea; lochè si può vedere studiando qnalunque pelvi normale, e nella figura 407 che il Duncan riporta a pag. 68, nella quale si vede che l'acetabolo forma l'estremità esterna dell'osso iliaco; e si può anche vedere che nella pelvi normale femminile adulta, sviluppata maggiormente nel senso trasversale, l'acetabolo è nel punto più esterno di tutta la curva, che forma la parete laterale dell'osso iliaco, e che per conseguenza non può avere nessuna influenza sullo schiacciamento possibile di questa curva. È però vero che la direzione del collo del femore rappresenta la linea d'azione della « pressione verso l'interno dei femori », ma solamente in quel senso nel quale l'abbiamo intesa e spiegata più sopra. Parleremo più oltre dell'azione muscolare.

Kehrer (Beiträge, pag. 14) tratta il medesimo soggetto riferendosi però alle pelvi piatte. Egli dice: « Immaginiamo le due distanze sacro cotiloidee rappresentate o essere costituite da due aste rette rigide, al punto di unione delle quali, una forza verticale, agisca dall'alto al basso (il peso del corpo), ed alle estremità opposte agiscano due forze parallele dirette dal basso all'alto (la resistenza dei femori). Possiamo combinare ognuna di queste due forze inferiori, con la superiore, in modo da formare una coppia, ed allora la forza superiore può venire rappresentata come composta di due forze. Le forze parallele ed opposte di ciascuna coppia, tendono a ruotare fra di loro l'asta rigida immaginata, in modo che gli acetaboli verrebbero mossi in alto ed all'esterno (ad angolo retto con quest'asta), e di più tenderebbero a far muovere la parte superiore di quest'asta verso il basso e verso l'interno. Ma, siccome, la forza che tende a portare l'estremità superiore di questa linea verso l'interno, è opposta ed uguale a quella che si trova all'altra parte del corpo, l'estremità superiore si può soltanto smuovere verticalmente in basso. E perciò le estremità inferiori di quelle due aste rigide nell'allontanarsi fra di loro, devono necessariamente allungare l'arco di cerchio compreso fra di esse (cioè ampliare l'arco del pube fra le sue branche orizzontali). »

Pag. 22. « Il problema, se nel vivo, le ossa iliache vengono divaricate dal peso del corpo (essendo fisse le teste del femore e premendo in direzione opposta al peso del corpo), oppure se vengano divaricate dalla pressione che si esercita contro gli acetaboli dal basso all'alto, dall'esterno all'interno e dal davanti al-

l'indietro, insieme alla contro pressione del sacro, deve essere risoluto in questo senso, che probabilmente ambedue queste forze vi hanno parte. Fino a tanto che l'individuo sta in posizione eretta o seduta (tenendosi ben dritto), il peso del corpo deve agire con tutta la sua azione e deve entrare in giuoco pure la resistenza dei capi dei femori. Ma nel star ritto e nel far fare dei movimenti di altalena alla pelvi, la pressione attiva dei muscoli dell'anca deve entrare in azione. Poichè, immaginiamo che le pelvi sia impedita dal portarsi in alto dal soverchio peso del corpo, i muscoli che vanno dalle ossa innominate ai femori, devono premere i capi articolari contro gli acetaboli, e se l'osso è rammollito, spingerli verso la cavità pelvica. Senonchè l'azione di questi muscoli, probabilmente verrebbe presto ad essere diminuita, e gli effetti suoi presto resi evidenti, quanto più si avvicinano le loro inserzioni ai punti d'origine e si rilascerebbero: ciononostante però, entro certi limiti, si può dire che possono avere influenza nell'avvicinare gli acetaboli al promontorio. Per questo dunque lo addrizzarsi della curva propria delle ossa iliache è data dal peso del corpo e dalla contropressione dei femori in *adduzione*, e probabilmente anche dalla pressione dei muscoli dell'anca. » Nella citazione or rammentata la parola adduzione (da noi sottolineata), porta un nuovo elemento nelle cause delle forme del bacino, cioè la forza muscolare. Se il femore deve essere addotto in una pelvi, resa malleabile (elastica) per esserci mancante la parte calcarea, è manifesto che tale adduzione si può attribuire solo all'azione muscolare. Parleremo di ciò più innanzi. Risulta pur chiaro dalla citazione predetta che Kehrer fa agire la coppia di forza esternamente e non internamente, lochè concorda con quanto abbiamo detto precedentemente.

Possiamo quindi concludere che la « *pressione dei femori non si può attribuire all'azione di una combinazione di forze la cui potenza si eserciti sopra una linea rigida rappresentata dalla distanza fra il punto d'azione del peso del corpo e la resistenza degli acetaboli.* »

2. Dobbiamo ora rivolgere la nostra attenzione al *come agiscano i muscoli che uniscono il femore con la pelvi.* E innanzi tutto dobbiamo premettere che l'azione dei muscoli (come pure quella dei ligamenti), si esercita sopra ambedue i punti di loro inserzione. Se le ossa sono resistenti, dovremo aspettarci a non trovare nessuna alterazione o soltanto leggeri segni di cambiamenti avve-

nuti, ma probabilmente troveremo assai frequente un' ipertrofia ossea ai punti d'inserzione dei muscoli stessi o dei legamenti (come alle inserzioni del ligamento ileo-femorale nella pelvi cifotica); se invece le ossa sono molli, avremo manifesti i segni di uno spostamento o alla loro origine o alle inserzioni muscolari, o in ambedue questi luoghi e questi spostamenti staranno in armonia con la mobilità dei punti d'attacco.

L'azione dei muscoli (se tale fosse la causa della pressione dei femori), apparirebbe manifesta dall'avvicinarsi del punto d'origine al punto d'inserzione. La loro azione combinata sopra l'articolazione coxo-femorale, tenderebbe a far ruotare la testa del femore e l'acetabolo verso l'interno e di stirare, le loro origini sulla pelvi, verso l'esterno.

La grande difficoltà che sembra data da queste due cose, origine ed inserzione muscolare (come è nel capo del femore) fa sì che a prima vista pare che sia spostato verso l'interno, ma due cose ci colpiscono se vi riflettiamo un po' sopra.

1) La maggior parte dei più forti muscoli si partono dalla linea mediana sul davanti e sul di dietro; 2) le parti immediatamente adiacenti all'acetabolo sono prive di muscoli.

Il resultato del primo fatto è che i muscoli delle due parti del corpo si oppongono all'allontamento dei loro punti d'origine, e per il secondo si avrà che la pressione verso l'interno sarà meno vicina agli acetaboli.

Si incontra un ostacolo nelle tuberosità ischiatiche e nelle vicine branche del pube e dell'ischio ai quali sono inseriti muscoli molto potenti. Ma a questo riguardo si osserva che nella pelvi osteomalacica benchè i due lati della pelvi vengano quasi a contatto, le tuberosità ischiatiche e le parti circonvicine sono relativamente discostate fra loro, e ciò indica lo stirare che fanno i muscoli che vi sono inseriti.

L'azione muscolare è stata soggetto di diverse discussioni ed opinioni.

Hubert e Valérius si esprimono così (pag. 704): « Le forze che hanno influenza sulla pelvi (considerando la circonferenza come un anello) si possono dividere così: 1.° (Parte superiore dell'anello). Due forze simmetricamente disposte a destra ed a sinistra all'alto dell'anello e che rappresentino le trazioni esercitate dal peso del sacro e dai ligamenti sacro iliaci. Due altre forze, pure simmetriche, un poco oblique anteriormente e che fanno equilibrio

alle sopra nominate (trazione esercitata dai muscoli proasiliaci nella metà superiore dell' anello, e la cui azione si porta fino all'orlo della metà inferiore di detto anello). Questo gruppo forse studiato per l'azione che ha sulla parte superiore dell'anello, evidentemente tende a schiacciare l' arco di cerchio formato dalla metà superiore dell'anello, se si considerino fissi i capi dei femori o gli acetaboli. Lochè, come vedremo, può avvenire. 2.° (Metà inferiore dell'anello). Questa deve resistere: 1.° alla pressione esercitata dalle ultime forze or rammentate, e che, come una fune sopra una carrucola, passano sopra l' eminenza ileo-pettinea, che conseguentemente tendono a deprimere e a spingere verso l' interno della circonferenza. 2.° Deve resistere a due gruppi di forze applicate alle branche discendenti del pube e alle branche ascendenti degli ischii, e che sono dirette obliquamente dall' alto al basso, dal davanti all' indietro, e dal di dentro al di fuori (gli adduttori della coscia. Queste forze, che si oppongono alla fuoruscita dei capi dei femori dalla cavità articolare, tengono fisse le estremità per la pressione che la circonferenza ossea esercita sulle estremità, e che sono uno dei principali agenti per i quali i punti di sostegno della pelvi reagiscono sugli acetaboli. L' effetto loro dunque, stando la pelvi in equilibrio, è di spingere la sinfisi del pube verso i femori, cioè in basso e verso l'esterno. Quest'azione è direttamente contraria a quella per la quale il bacino acquista la sua forma .... Insomma, le forze in parola tenderebbero .... a crescere il diametro trasverso della pelvi, a deprimere la parte più alta della curva superiore, a raddrizzare l'arco anteriore deprimendo le regioni ileo-pettinea, e spingendo la sinfisi del pube in basso ed all' infuori.

Questo giustificherà l'azione di certi muscoli, come vedremo.

Le opinioni, su questo soggetto, del Dott. Matteo Duncan, sono state riportate più sopra. Eccetto in punto (dove sembra sia di opinione differente da quanto diceva innanzi) egli si pronuncia contrario assolutamente all' influenza di qualsiasi azione muscolare nel produrre la « pressione dei femori. »

Spiegelberg (Pag. 144) dice: « Le forze che agiscono su questo anello sono principalmente il peso del corpo nella posizione eretta, insieme alla trazione esercitata dallo psoas-iliaco e dai muscoli adduttori. Questi ultimi hanno azione soltanto sopra la metà inferiore dell' anello; la forza più potente (il peso del corpo) sulla metà superiore; gli psoas-iliaci fanno inclinare la colonna verte-

brale verso le estremità inferiori e così spingono il sacro verso la cavità pelvica, unendo la loro azione a quella spiegata dal tronco. Inoltre hanno pure un'influenza diretta sulla metà superiore dell'anello. Per quelle forze che spiegano la loro azione nella metà superiore dell'anello, si ha che il sacro viene avvicinato alla parete pelvica anteriore, aumentato il diametro trasverso e appiattita la parete anteriore. »

A questo Freund replica (Mon. f. Geb. Band., XIII, 1859, pag. 189): « Poichè il peso del corpo, nella stazione eretta agisce iu basso ed indietro; poichè l'azione sulla sinfisi sacro-iliaca e sui suoi ligamenti della pressione cui sottostà la parete pelvica posteriore, non ha luogo nella posizione eretta, poichè i muscoli iliaci ravvicinano alquanto le cavità cotiloidee quando le gambe sono fisse; poichè oltre agli psoas iliaci vi sono anche i muscoli latissimo del dorso, quadrato lombare, sacro-lombare, gran dentato gluteo magno, noi potremmo (pur rammentando altri muscoli che pure tendono a spingere il sacro in avanti, specialmente l'elevatore dell'ano ed il piriforme), dire con altrettanto criterio di Spiegelberg: « Per l'azione delle forze che spiegano la loro potenza sulla metà superiore dell'anello, il sacro è allontanato dalla parete pelvica anteriore, il diametro trasverso è diminuito, e la parete anteriore ampliata. »

Spiegelberg dice più innanzi: « La metà inferiore dello anello deve opporre resistenza alla metà superiore; sostiene inoltre la pressione dello psoas-iliaco che vi passa sopra e che tende a spingerlo verso l'interno, deve inoltre subire l'azione degli adduttori che per la loro direzione tendono a divaricare le ossa del pube. »

A ciò Freund risponde: « Se si consideri la pressione esercitata dallo psoas iliaco, trovo che questo non si verifica nella pelvi rachitica. Poichè Spiegelberg non può riferire l'appiattimento della parete anteriore, nel non comune caso di curvatura delle ossa del pube ad una pressione sulla estremità esterna delle branche orizzontali del pube, e poichè nel punto sul quale decorrono i tendini non si scorge un'impronta speciale, io domando in quale maniera si manifesta tale pressione; a tale pressione inoltre sarebbe contagonista quella sviluppata dal pettineo e dall'otturatore esterno. L'azione degli adduttori (cioè allo infuori, in basso ed in dietro) è compensata dal sartorio e dal muscolo retto del femore e dai muscoli che dalla tuberosità ischiatica convergono verso l'interno (semitendinoso e semimembranoso), e di più dell'ottura-

tore interno e dall'allevatore dell'ano.... È difficile determinare quanta parte d'azione abbiano i muscoli sulla forma della pelvi rachitica, poichè sono troppi i muscoli che vi s'inseriscono e che sono in parte antagonisti, in parte simili, in parti aventi azione differente nelle diverse attitudini e posizione, e perchè sono in relazione con parti del corpo così mobili e tanto spesso in movimento.

Vedremo come la contraddizione più sopra esposta compendierà l'azione di certi muscoli. L'argomento per il quale Spiegelberg sostiene l'azione loro, è abbattuto da Freund che ad essi fa prevalere l'azione dei muscoli antagonisti, e ciò probabilmente per mezzo di una « reductio ad absurdum »; ma è strano che venga citato un muscolo come l'elevatore dell'ano il quale non ha niente che fare con la deambulazione nè con la stazione eretta.

Le opinioni di Kehrer sono state, in parte, citate più sopra sotto un altro punto di visto. Per quanto concerne la pelvi triangolare egli dice (Pag. 25): « Se infine si domanda per quali forze, nel vivo, si possa avere l'adduzione delle ossa del pube, si può dire che tale avvicinamento è prodotto in parte dalle pressioni che contro gli acetaboli vengono fatte dai capi del femore, in parte dallo stiramento di tutti i muscoli dell'anca che si inseriscono verso la parte più bassa dei capi del femore. Questa forza, tuttavia, nel vivo sembrano insufficienti ad avvicinare tanto fra di loro gli acetaboli, come si trova nella « pelvi triangolare » e per questo io conchiudo che oltre alla forza dei muscoli dell'anca e dell'articolazione coxo-femorale, la pressione del letto sui trocanteri e per conseguenza sulle teste dei femori e contro le cavità cotiloidee, alternandosi il decubito laterale sulle due parti, è capace di aver gran parte nella produzione dell'anomalia in discorso. »

Si è altresì osservato che non si può addurre in favore nessun argomento di meccanica riguardo alla pelvi rachitica, quando si prenda in considerazione il suo sviluppo caratteristico nella vita fetale, e per questo la mancanza di possibili influenze meccaniche che possano derivare sia dal peso del corpo o cagioni ad esso secondarie, sia dalla azione esagerata di qualche muscolo o gruppo di muscoli, poichè il feto immerso in un liquido deve necessariamente mantenersi in una attitudine determinata da equilibrio muscolare. L'influenza che viene portata sullo sviluppo delle ossa dall'esercizio muscolare è altra cosa.

Kehrer conclude (Pag. 34) che « lo stiramento e la pressione dei muscoli e la pressione delle ossa sono fattori considerevoli nella formazione della configurazione della pelvi », ma aggiunge (Pag. 35) « che ancora non conosciamo l' azione dei muscoli su delle ossa dure e resistenti. »

Nostra opinione è, che siccome non si può negare l'azione muscolare in una pelvi soggetta alle influenze arrecate dalla stazione, dalla deambulazione, ecc., egli è impossibile potere attribuire a ciascun muscolo o gruppo di muscoli il suo valore per l' effetto che producono; considerando in special modo come in ogni movimento venga a cambiarsi il loro modo d' agire e quindi la forza risultante. Per questo dobbiamo accettare l' opinione più verosimile espressa di sopra, e parlando del modo d'agire dei muscoli, intenderemo parlare della loro azione combinata fra di loro stessi o con altre forze quali il peso del corpo che non può essere omessa, quantunque la sua sola influenza non sia capace di spiegarci la « pressione verso l'interno fatta dai femori. »

Quindi è che concludiamo che « *l' azione dei muscoli che uniscono il femore alla pelvi è una vera causa di « pressione verso l'interno dei femori.* »

Prima di abbbandonare questa parte delle nostre ricerche, sarà bene immaginare che venga dato un colpo dall' esterno all'estremità inferiore dell' osso iliaco, e studiarne gli effetti che ne risultano alla estremità superiore; i cambiamenti prodotti da questo urto dall' esterno devono essere opposti in direzione alle forze che naturalmente vi si esercitano, e qualcheduna di queste forze saranno esse stesse forze attive nella produzione della « pressione interna dei femori. » Se la testa del femore viene spinta in fuori, il piede restando fisso, i cambiamenti prodottisi nell'arto saranno:

a) Adduzione relativa delle cosce.

b) Tendenza al ginocchio valgo.

c) Abduzione relativa del piede.

a) All' adduzione relativa delle cosce si oppongono i muscoli ed i legamenti che tendono ad abdurre le coscie e a prevenire o impedire la loro adduzione.

b) Alla tendenza al ginocchio valgo si oppone la resistenza del legamento laterale interno dell'articolazione del ginocchio, ecc.

c) Alla abduzione del piede si oppongono i muscoli ed i legamenti dell' articolazione tibio-tarsea che favorisce l' adduzione ed impedisce l' abduzione.

a) L'azione dei muscoli e dei ligamenti che uniscono il femore alla pelvi è già stata studiata.

b) L'azione generale dei ligamenti e già stata discussa, ed è stato mostrato che tessuti i quali sono solamente capaci di resistenza passiva, non possono mai produrre una reazione maggiore della forza contraria.

c) L'azione dei muscoli che favorisce l'inversione del piede non è così limitata, e, finchè i muscoli sono capaci di forza propria, questi muscoli sono capaci (quantunque a scapito) di produrre una forza di pressione verso l'interno sugli acetaboli.

Contuttociò questa maniera d'agire non si può negare che sia molto lungi dall'essere straordinaria.

Per questo concludiamo che *uno dei fattori atti a favorire e produrre la « pressione dei femori » è dato dalla azione dei muscoli che favoriscono l'adduzione del piede.*

Bisogna pur ricordare che col crescere in larghezza della pelvi, la distanza fra i ginocchi ed i piedi non cresce corrispondentemente (paragonando fra loro i due sessi ed il fanciullo con l'adulto). Non si può neanche negare che esiste pure una causa che ne mantiene l'equilibrio.

Per questo arriviamo a concludere che *la principale causa della « pressione interna dei femori » nelle pelvi simmetriche, è l' azione muscolare esercitata principalmente fra le pelvi ed il femore ma fino ad un certo punto anche quella che agisce fra la pelvi ed il piede.*

Un corollario ne emerge dalle cose dette, che cioè l'uso continuato degli arti inferiori, fa aumentare la « pressione interna dei femori. »

Sarà bene accennare qui e dire qualche parola su quanto si riferisce alla pelvi affetta da osteomalacia. In questo caso ci troviamo aver che fare con una pelvi che presumibilmente è ben fatta e normalmente sviluppata, e che supporremmo arrivata a completo sviluppo, sulla quale quindi non avranno azione se non forze puramente meccaniche avendo essa compiuto il suo sviluppo.

Nella pelvi completamente sviluppata, colpita da osteomalacia, troviamo che il sacro è spinto in basso (e ruotato in certi modi che non occorre ora esaminare), le cavità cotiloidee spinte in dentro (alterando l'azione naturale delle forze che abbiamo su descritte), l'angolo interpubico invece di essere ingrandito è enormemente ristretto, e la pressione esercitata dai femori verso l'interno esageratamente spiegata.

Qui accenniamo ad una cosa non generalmente riconosciuta, ma che ha una speciale importanza, che cioè questa « pressione interna dei femori », non fa piegare uniformemente l'osso iliaco, ma lo curva molto più al suo punto più debole (non dove esiste una sinostosi) ma cioè ad un punto che è pressochè nel mezzo della branca orizzontale del pube che è tutto raddoppiato.

Cosa dovremo pensare di ciò?

Non si può porre in dubbio che il rammollimento delle ossa sia la causa determinante e finale, permettendo a qualsiasi pressione di agire più o meno potentemente, non essendo ostacolata dalla resistenza delle ossa o dalla azione di queste come leve. Così, l'azione dei muscoli fa si che gli acetabolî vengano sempre più spinti verso l'indentro e l'indietro, non trovando ostacolo, o per lo meno non più equilibrandosi la resistenza delle ossa e dalla spinta verso l'esterno dell' osso iliaco, che difficilmente può funzionare come asta rigida.

Lo stiramento verso l'esterno della sinfisi del pube, che fa sì che si ingrandisca l'angolo interpubico, viene ad essere soppresso per la stessa ragione.

Ci sia lecito far notare che delle tre principali parti da cui hanno origine i muscoli (cioè da un punto vicino alla linea mediana in avanti ed indietro, e dalla tuberosità ischiatica e parti vicine), due sono manifestamente portate in fuori facendosi la sinfisi prominente come un becco, ed essendo la tuberosità ischiatiche e parti viciniori portate in fuori; allo indietro, le ossa vengono meno facilosmente sptate, ma pure visibilmente. Ecco una conferma della nostra spiegazione.

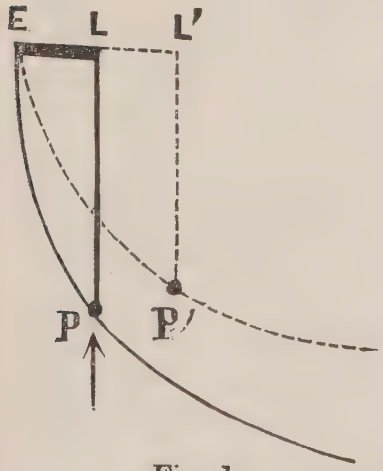


Fig. 1.

Dobbiamo in seguito discorrere dell'azione invertita della « coppia di forze. »

Quando l' acetabolo è stato spinto fin sulla linea d'azione del peso del corpo, il braccio di leva s'appoggia internamente e la « coppia delle forze » agisce in direzione opposta. Tale risultato si può considerare sotto due punti di vista.

Nella Fig. 1 l'arco di cerchio rappresenta un corpo rigido con un pernio in E. Una forza spiegando la sua azione sul punto P agirà sopra una leva avente la lunghezza LE, cioè la lunghezza

di una linea perpendicolare tirata dal fulcro al punto d'azione della potenza (P), essendo noto che LE è il braccio di leva. Si vede facilmente che questo produrrà un moto di rotazione intorno al punto E, e che P ruotando intorno ad E, farà allungare la lunghezza LE, che agirà con sempre crescente utile.

Ne risulterà quindi che se: l'acetabolo viene spostato in modo da immedesimarsi con la linea d'azione del peso del corpo, la estremità più lontana dell'osso iliaco vien ruotata internamente con sempre crescente utilità. Siccome poi il pernio E egli stesso non è fisso, ma si muove verso il basso, realmente si produce una coppia di forze, la lunghezza sempre aumentante delle quali fu or ora dimostrata.

Nella Fig. 2 si vede evidentemente che in qualunque punto dell'arco del cerchio (eccetto che in P^1 dove la direzione della forza coincide con P^1 ed in P^4 dove la direzione della forza è perpendicolare all'arco), la forza P che agisce verticalmente sarà divisa in altre due forze (rappresentate dai parallelogrammi), delle quali una coincide con l'arco ed una gli è perpendicolare. Se l'arco e rigido, solamente la forza ad angolo retto può spiegare la sua azione, e per questo anderà aumentando progredendo da P^1 a P^4. Nel punto P^1 la forza essendo coincidente con l'arco, non viene divisa; in P^4 essendogli perpendicolare è tutta spiegata ad angolo retto sopra l'arco.

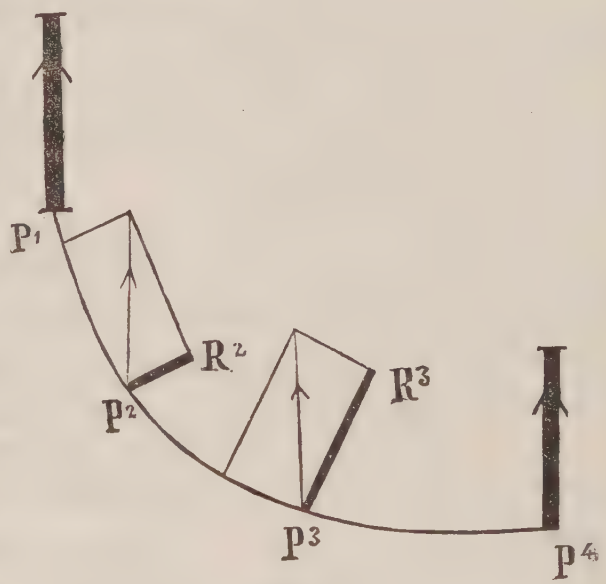


Fig. 2.

Quindi: supponendo l'arco abbastanza rigido da resistere alla forza che vi agisce sopra coincidendo con lui stesso, cioè nella stessa sua direzione, la forza (P) troverà resistenza soltanto nella forza uguale ed opposta data dalla rigidità dell'osso in P^1; ma nella sua progressione verso P^4, la perpendicolare PR acquisterà sempre in potenza fino a P^4 dove tutta la forza P cade ad angolo retto sull'arco. Se P rappresenta la pressione contro l'acetabolo, la sua potenza nell'incurvare l'arco pelvico cresce quando l'osso

cede e diventa meno perpendicolare e più orizzontale. Si è supposto che l'osso sia rigido, ma l'azione della componente coincidente con la direzione dell'arco, lascia qualche volta traccia di sè per la compressione dell'osso, nella sua lunghezza, durante il periodo di accrescimento, specialmente per la sua azione sopra l'epifisi. Questo fu fatto notare dall'autore nella descrizione di una pelvi obliqua, imperfettamente sviluppata, dove le parti dell'arco pelvico coincidenti con la pressione erano compresse, paragonandole a quelle che stavano ad angolo retto contro la forza premente (Obst. Trans., vol. XXIV, pag. 200).

Le due figure ed illustrazioni sopra riferite dimostrano l'effetto della pressione verso il basso, dovuta al peso del corpo, e alla pressione verso l'alto che si esercita contro gli acetaboli. Quand'anche gli acetaboli si trovino sopra una linea più esterna, o più interna di quella sulla quale cade l'azione del peso del corpo, resta vero il principio enunciato. Quando l'acetabolo è all'esterno, la pressione vi agisce contro, quando è all'interno la sua azione viene a combinarsi con quella della « pressione dei femori » contro l'osso iliaco. Quanto minore sarà la rigidità dell'osso e tanto minore sarà questa sua azione.

Prima di prendere in considerazione le pelvi oblique, dobbiamo annunciare altri principii che si connettono con l'effetto dell'alterata direzione del peso del corpo, quando questo manifesta la sua potenza sulla parte superiore dell'osso iliaco.

1. Se il peso del corpo è maggiore da una parte, il principio emesso per quanto riguarda il collo del femore, ha azione per tanto quanto lo permette il legame assai rigido tra la colonna vertebrale e la pelvi, da far sì che tutta la massa ossea possa agire come un'asta rigida, cioè il peso del corpo agisce verso il basso secondo una linea più vicina al punto che si può rappresentare come fulcro della leva rappresentata dall'osso iliaco (la sinfisi sacro iliaca). Il resultato di ciò è lo scorciamento del braccio di leva posteriore dell'osso iliaco sulla parte più declive ed il suo allungamento proporzionale dall'altra parte.

2. Se verrà alterata la direzione sulla quale agisce il peso del corpo, si avrà pure un'altra alterazione nell'equilibrio delle due parti delle pelvi.

a) Fig. 3. Se il peso A agisce verticalmente in basso, il suo braccio di leva è A′; se agisce ad angolo retto sull'osso iliaco (B) il suo braccio di leva è B′, quindi quanto più la forza data dal

peso del corpo agisce perpendicolarmente sull' osso iliaco, tanto maggiore sarà la sua potenza; e quanto più agirà obliquamente, tanto minore ne sarà l'effetto.

b) Questo resulta altresì dal parallelogrammo delle forze. Qualunque forza che agisce obliquamente contro l'osso iliaco si può dividere in due componenti (Fig. 2), una ad angolo retto sull'osso e l'altra nella stessa direzione dell' osso (Se l' osso è resistente, quest' ultima si elimina). Quindi è che la forza spiegata dal peso del corpo, cresce con l' avvicinarsi dell'angolo all' angolo retto, e tutto il peso è rappresentato dalla componente che cade a perpendicolo sull'osso. Così è che se il peso del corpo agisce obliquamente sopra una parte, la sua potenza diminuisce (poichè la sua azione di comprimere l'osso nella direzione del suo asse maggiore aumenta) dalla parte su cui agisce il peso, mentrechè dalla parte opposta (cioè la parte della quale cade il peso del corpo) aumenta la componente ad angolo retto e diminuisce quella che è parallela all'osso iliaco.

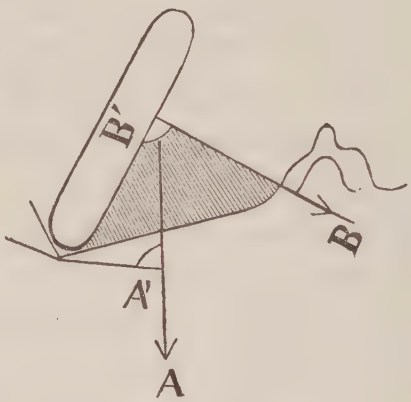


Fig. 3.

Possiamo quindi applicare questi principii alle pelvi assimetriche, premettendo che il soprappeso della parte affetta non può negarsi nella spiegazione di tali fatti quali l'ingrossamento e la curvatura delle ossa dell'arto inferiore dalla parte affetta.

1. La parte sulla quale cade il peso del corpo è naturalmente pure la parte su cui maggiormente agiscono i muscoli. Se la « pressione dei femori » è principalmente dovuta all' azione muscolare nelle pelvi simmetriche, l'azione aumentata dei muscoli di una parte, produrrà necessariamente da quel lato una maggiore « pressione dei femori. »

2. Come si è descritto più sopra, il peso cadendo su una parte della linea mediana, diminuisce la lunghezza dell' osso iliaco da quel lato e lo fa aumentare dal lato opposto.

a) Questa cosa fa alterare l'equilibrio della « coppia delle forze » da ciascun lato (che nelle pelvi simmetriche stirano l'arco anteriore, cioè la sinfisi del pube, ciascuno dalla sua parte), e fanno avere il soppravvento alla coppia dal lato sul quale non cade il peso del corpo. La sinfisi pubica è stirata in alto dalla parte

sulla quale agisce con minor potenza il peso del corpo, e questo suo movimento cresce rapidamente.

b) Insieme a questa rotazione o stiramento della sinfisi, l'acetabolo della parte del maggior peso, si avvicina sempre più al centro, cioè gira intorno all'arco pelvico.

Conseguenza di ciò, è che la forza componente che agisce ad angolo retto sull'osso aumenta, e ha quindi acquistata maggiore potenza per incurvare la pelvi (Fig. 2).

Inoltre, se questa forza è eccessiva, ambedue i bracci di leva agirebbero nella stessa direzione, e non sarebbero antagonisti, ma agirebbero di conserva; aumentando così, rapidamente la forza originaria.

c) Quando l'acetabolo, che si trova dalla parte dove più si fa sentire il peso del corpo, è portato più vicino alla linea mediana, la direzione del peso del corpo cade obliquamente, scorciando così il braccio del peso dalla parte più pesante, e aumentando quello dalla parte opposta (Fig. 3), producendo un effetto simile a quello sopra descritto, pag. 716, 2 *a*) La rotazione delle vertebre lombari verso la parte affetta sono senza dubbio dovute ad altre cagioni, — cause condivise pure dal resto della colonna vertebrale e di non speciale interesse per le nostre ricerche. Ma, quand'anche sia motivata da altre cause, non v' ha dubbio che non sia favorita dalle condizioni meccaniche sopra riferite, cosicchè il sacro viene a ruotare intorno ad un centro costituito dalla maggior resistenza ed opposizione al suo farsi innanzi, dalla parte dalla quale è il maggior peso.

Quanto abbiamo detto, tutto si potrebbe forse includere nell'espressione: « aumentato peso dalla parte della scoliosi. » Le due principali forme di pelvi oblique (la scoliotica e quella di Naegele) hanno fra loro più punti di somiglianza che di differenza. Le differenze sono probabilmente dovute più che ad altro alla esistenza o alla mancanza di una anchilosi sacro iliaca (Pelvi scoliotica e di Naegele, « Ed. Med. Journ. » settembre; del medesimo autore). La *pelvi di Robert* (che va sempre confrontata con quella di Naegele) deve probabilmente la sua particolare torsione alla « pressione dei femori » alla quale non si oppone la forza spiegata dell' osso iliaco, poichè viene annullata dalla loro anchilosi.

Facciamo quindi la seguente conclusione che: *nelle pelvi simmetriche e in quelle pelvi nelle quali gli acetaboli stanno in linee esterne a quella su cui cade l'azione del peso dal corpo, la « pressione allo interno dei femori » è dovuta all'azione muscolare; nelle pelvi asimmetriche e nelle pelvi nelle quali o uno, o ambedue gli acetaboli, stanno all'interno della linea d'azione del peso del corpo, essa e dovuta a questa causa e alle altre surriferite; e che nell' espressione « pressione accresciuta dei femori dalla parte affetta » sono implicate numerose e svariate cause determinanti. »*

CASISTICA DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

esposta dal Dott. **A. MARTINETTI**

Assistente nel R. Istituto Ostetrico-Ginecologico

di Firenze

Caso di ovariotomia doppia per cistoma proliferante dell'ovario destro, e degenerazione cistica del sinistro. — Guarigione difficoltata dalla suppurazione della ferita addominale per esfogliazione aponeurotica.

Il 6 di settembre u. s. nel R. Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze il Prof. Chiara eseguiva mediante laparotomia l'ovariotomia doppia in una giovane di anni 28, nella quale era stata fatta la diagnosi di cistoma colloideo dell'ovario destro. Costei (Maria Vannoni) era entrata in Clinica il 14 luglio 1884, e vi aveva cercato ricovero perchè il giorno 5 dello stesso mese era stata improvvisamente assalita da acuti dolori al basso ventre, che, avendo allora per la prima volta attirato la sua attenzione, le parve tumefatto. Niente di anamnestico che fosse interessante; l'infanzia passata in perfetta salute; la pubertà a 16 anni con mestruazione, che si stabilì normalmente e si mantenne sempre sotto tutti i rapporti regolarissima.

La Vannoni è nubile e vergine. Le sue condizioni generali sono assai soddisfacenti, sebbene alquanto anemica.

Come dicemmo cercava ricovero in Clinica per i forti dolori al basso ventre, dolori che non avevano ceduto all'applicazione continua di ghiaccio sull'addome, nè a clisteri laudanizzati, consigliatile fuori dall'Ospizio da un medico.

All'ispezione l'addome si vedeva tutto rilevato e tumefatto in modo non armonico con lo sviluppo della malata: in corrispon-

denza poi del quadrante inferiore destro si vedeva una vera intumescenza. Ecco le misure prese il giorno 15:

Circonf. add. al bellico . . .	cent.	75
» » sottombelicale .	»	77
Distanza xifo-pubica	»	27
» pubi-ombelicale . .	»	16
Dall'ombelico alla spina iliaca ant. sup. destra	»	17
Id. id. sinistra	»	15

Constatato con la palpazione un tumore, ne furono presi i diametri, dei quali il longitudinale misurava 13 ctm., il trasversale 15. Ho riferito le misure addominali prese il giorno 15 luglio perchè poi confrontate con quelle prese il 25 agosto fecero sospettare un fatto constatato all' atto operativo. Tralascio tutti gli altri mezzi d' indagine adoperati per posare la diagnosi, solo dirò che, certi di un tumore fluttuante, fu fatta una puntura esplorativa. Mediante questa si ottenne un mezzo litro di liquido rosso-bruno, poco denso, filante e appiccicaticcio sebbene non molto. Aveva i caratteri macroscopici del liquido di un cistoma colloideo, dentro al quale già da qualche giorno fosse avvenuta una emorragia. Lasciato a sè quel liquido non coagulò. Era richissimo d'albumina. — Al microscopio vi si trovarono emazie intere ed in frammenti, cellule granulose, cellule d'epitelio cilindrico talune ben conservate, altre alterate per degenerazione colloidea e grassa.

Certa la donna di avere nella cavità addominale una cisti chiedeva ripetutamente di esserne liberata mediante un' operazione, incoraggiata e fiduciosa pel fatto che in quei giorni erano state praticate in Clinica 5 laparotomie con esito brillantissimo.

Volle il Professore indugiare, sia per studiare l' andamento del cistoma, sia per dar luogo e tempo ad una cura ricostituente di correggere lo stato anemico della malata. Così arrivammo sino al 25 di agosto, giorno in cui furono riprese le misure.

Circonf. add. al bellico . . .	cent.	72
» » sottombelicale .	»	77
Distanza xifo-pubica	»	29
» pubi-ombelicale . .	»	16

Dall'ombelico alla spina iliaca ant. sup. destra	cent.	17
Id. id. sinistra	»	16
Diametro longitndinale del tumore	»	14
Diametro trasversale del tumore	»	15

Queste misure, vista la poca quantità di liquido estratto con la puntura, ci fecero accorti che il cistoma non era punto cresciuto; anzi la palpazione diceva che si era fatto più flaccido. Ciò fece sospettare che il peduncolo si fosse torto su sè stesso e che quindi in quella loggia vi fosse un'incipiente atrofia. Ma la diagnosi di cistoma colloideo o proliferante era per noi non dubbia; fosse anche pur stata cosa certa che quella loggia dovesse atrofizzarsi, altra se ne sarebbe sostituita; quindi l'operazione non era meno indicata.

Questa, come dicemmo, fu eseguita il dì 6 settembre. Alle ore 3,15 pom. la donna fu introdotta nella sala d'operazioni, dove vi era la temperatura di 25° e dove già da qualche tempo i nefogeni davano una abbondante nebbia fenica. La cloronarcosi fu facile e presto si ottenne un'anestesia completa. La laparotomia fu eseguita sulla linea mediana, fra il pube e la cicatrice ombelicale; il taglio ebbe la lunghezza di otto centim. I tessuti furono tagliati strato a strato, e per quanto si cercasse di stare sulla linea mediana pure furono incise alcune fibre del muscolo retto a destra, che dettero una lieve emorragia, tosto frenata con la compressione esercitata dalle pinze emostatiche. Appena aperta la cavità addominale, il Professore, seguendo la sua vecchia pratica mise un punto a ciascun angolo della ferita per tenere il peritoneo accollato con gli altri tessuti. Poi remosso l'omento e alcune anse intestinali mediante pezze di flanella previamente stata in soluzione fenicata calda, fu messa allo scoperto la cisti che appariva arrossata, ma non molto tesa. Girando con la mano sulle pareti della cisti, fu constatato che non aveva aderenze e che sorgeva dall'ovario di destra. Vi fu impiantata la più piccola cannula tre quarti del Koeberlé e si ottennero due litri e mezzo di liquido analogo a quello già ottenuto mediante puntura, ma molto più nero. Afferrata quindi la ciste con le grosse pinze del Péan, si cominciò ad estrarre, operazione che tornò

facilissima, perchè, come dicemmo, non vi erano aderenze. Il peduncolo, costituito dal legamento largo, era torto su sè stesso da destra a sinistra in un giro completo; e nella base della cisti, laddove era aderente al legamento, e nella sua parte interna vi si scorgevano altre piccole cisti o meglio altre piccole loggie della grossezza media di un pisello; per di più nel punto ove il legamento aveva subito la torsione vi era un piccolo ematoma. Preso il peduncolo col klemmer del Billroth, fu al disotto di questo stretto circolarmente con un laccio di forte seta, senza segmentare il peduncolo stesso, visto il suo piccolo diametro. — Escisa la grande loggia in un con le altre più piccole e l'ematoma, la superficie di taglio fu superficialmente cauterizzata col bottone del Paquelin, e certi di una completa emostasi, fu il peduncolo affondato.

Volle il Professore sentire in che stato si trovava l'ovario sinistro, e cercatolo e trovatolo lo sentì assai più grosso del normale e di superficie irregolarissima. Volle innalzarlo per portarlo all'esterno, ed in questo moto sentì il tessuto cedere fra i diti, e e fra questi, schizzando fuori da un involucro gli rimase un corpiciatolo, della grossezza di una piccola nocciuola, molle, di colore roseo, dell'apparenza macroscopica di un papilloma.

Riportato l'ovario verso l'esterno fu constatata la degenerazione cistica tanto dell'ovario quanto della tromba; per cui afferratili col klemmer fu al disotto passato un doppio laccio di seta, ed incrociatolo, fu il peduncolo serrato in due parti. Essendo perfetta l'emostasi, fu anche questo peduncolo affondato. Con sei punti staccati fu fatta la sutura delle pareti addominali, comprendendo fra l'angolo inferiore della parete e l'ultimo punto un tubo di vetro per drain perchè dubbioso l'operatore sulla perfetta ripulitura del peritoneo. È inutile dire che il Prof. Chiara curò che fossero prese tutte le possibili e più minute precauzioni antisettiche. Alle ore 4 pom. la operata si svegliava in stato relativamente ottimo.

Pel pratico interessantissima fu la guarigione della ferita addominale. Sino dal 2° giorno la T. salì a 38,8° senza brivido precedente; pei 4 giorni successivi, la mattina segnava 37,9°, la sera 37,3°. Le condizioni della ferita parevano ottime, tanto che in 5ª giornata, visto che il tubo a drenaggio non funzionava, fu remosso. In 6ª giornata la T. toccò 38 e vi si mantenne; in settima salì a 39,5°, rimanendo fra i 39° e i 40° sino alla 14ª gior-

nata, in cui salì ancora sino a 41,6°, e sino alla 18ª giornata passò tutti i giorni i 41°, non scendendo che due sole volte a 39,7°. Dalla 18ª giornata s'arrivò sino alla 21ª oscillante intorno ai 39°. In 21ª si risalì a 41,4° e vi si mantenne con lieve oscillazioni per 2 giorni. Dalla 23ª giornata alla 29ª oscillò fra i 38,5° e i 39°, dalla 29ª giornata alla 35ª. T. tutti i giorni passò al mattino 39°, ma la sera scendeva a 37,5° in media. Dalla 35ª giornata in poi vi fu apiressia. Inutile il dire che il polso e il respiro si alteravano armonicamente con la temperatura. Ecco quel che era successo. — Si rammenterà il lettore aver già detto che nella laparotomia furono incise alcune fibre del muscolo retto dell'addome. Quella fu appunto la causa che per poco non ci fece perdere questa operata. Laddove l' aponevrosi era un po' cincischiata, cominciò piccolo, limitato un processo di necrosi, esfogliazione e suppurazione che si manifestò in 7ª giornata, quando tolti i punti della sutura, in quel medesimo punto le labbra della ferita divaricarono e si potè raccogliere una mezza goccia di pus. Per quanto si cercasse con tutti i mezzi che l'arte consiglia di vincere quella poca suppurazione, non ci fu possibile e l'infezione si faceva lenta ma continua lungo la guaina del muscolo. Di modo che in 22ª giornata, essendo oramai la malata ridotta agli estremi, il Prof. Chiara stabilì di asportare mediante laparotomia quel pezzo della parete addominale che andava suppurando. Fortunatamente il giorno 23° destinato a questa operazione il termometro segnò come sopra dicemmo, 38,5 ; dimodochè, sospesa la risoluzione d' intervento diminuendo man mano la temperatura, la malata gradatamente migliorò ed in 40ª giornata fu potuta considerare guarita. Il 30 ottobre essendosi già rimessa in forze con una cura ricostituente, lasciò la Clinica in ottime condizioni di salute.

In questa operata il giorno 9 di ciascun mese segnava l'epoca mestruale; il dì 8 di settembre comparve la metrostaxis che durò 4 giorni; il giorno 9 di ottobre non vi fu perdita di sangue nè alcun altro disturbo. Riveduta qualche tempo dopo la operata non era riconoscibile tanto apparve florida la sua salute e nutrizione.

Caso di retroversione di 3° grado con retroflessione — Riduzione spontanea — Guarigione.

La sera del 9 ottobre u. s. un medico della città faceva accompagnare alla Clinica ginecologica una donna, Maria Vestri, di anni 42, tessitrice, dichiarandola affetta da un tumore uterino. L'anamnesi della donna non offriva dati per potere posare una diagnosi. Passata in perfetta salute l'infanzia, fu mestruata a 15 anni, e la funzione catameniale si stabilì affatto normalmente, senza alcun disturbo; le susseguenti mestruazioni furono regolari per il periodo di ritorno, la durata, la quantità e qualità del sangue. Nel 1871 prese marito, nel 1872 rimase gravida; la gravidanza fu, come dice la donna, buonissima; non disturbata neanche da fenomeni simpatici, ma il parto non si compiè naturalmente e fu compiuto col forcipe, ottenendosi un bambino bene sviluppato ma morto. La donna non sa indicarci qual genere di distocia reclamasse un parto artificiale. Nel 1874 rimase nuovamente incinta; e giunta la gravidanza al termine del quarto mese la donna fu presa da fortissimi ed acuti dolori, quindi metrorragia imponente, sino che espulse il feto; non però la placenta, che rimase ancora nell'utero per circa 20 giorni, mantenendo continua, non però grave metrorragia. Si recò allora allo spedale, dove fu dal Prof. Balocchi liberata dalla placenta. Non potè questa essere estratta tutta di un pezzo, cosicchè essendone forse rimasta nella cavità uterina qualche piccola parte, la metrorragia continuò per altri 15 giorni, in capo ai quali cessò, e la donna andò gradatamente riacquistando buone condizioni di salute. La mestruazione riprese il suo corso normale, e riguardo a questa funzione niente di abnorme si è verificato sino ai primi giorni del luglio ultimo decorso. In questo tempo qualche giorno prima della comparsa del flusso mestruale, la nostra ammalata fu assalita da forti dolori lombo-sacrali, intra-pelvici che s'irradiavano anche agli arti inferiori. Venne quindi la mestruazione, ma fu scarsa, il sangue scolorato e con qualche grumo: durò appena 2 giorni, mentre prima aveva una durata fra i 5-6. Al 3° giorno comparve uno scolo leucorroico, piuttosto abbondante, che si mantenne (diminuendo però in quantità) sino

alla successiva mestruazione. Questa fu analoga alla precedente, se non che i dolori si esacerbarono ancora più e non si dileguarono del tutto neanche nel seguente mese. Ai primi di settembre tornò la mestruazione scarsa e dolorosissima, e nel rimanente mese fu angustiata non solo dallo scolo leucorroico abbondante e dai dolori lombari e agli arti inferiori, ma altresì da stipsi ostinata, per cui era costretta ogni 7 od 8 giorni a ricorrere a un purgante, ed anche da frequente stimolo di mingere, mentre poi le rimaneva difficile e dolorosa l'emissione dell'orina. In questi primi giorni di ottobre circa il 4 o il 5 aspettava il ritorno della mestruazione, ma non è venuta, ed invece non si è avuto che un'incomportabile recrudescenza dei dolori, cosicchè per consiglio del suo medico curante (che del resto non aveva adoprato per combattere quel male che semicupi e pomata di belladonna) si è ricoverata nella Clinica ginecologica. Riassumendo si aveva una donna leucorroica da 3 mesi, con mestruazione dolorosa, affetta da stipsi e difficoltà del mingere. — Si passò quindi all'esame fisico. Tralascio le condizioni generali, che naturalmente non erano molto soddisfacenti, essendo la donna da più di tre mesi sofferente ed abbondantemente leucorroica. Il ventre normale all'ispezione, alla palpazione offriva un dolore assai intenso alle due regioni ovariche; però unendo alla palpazione il riscontro digito-vaginale, facendo cioè il riscontro combinato non si avvertiva l'utero nella sua sede normale, anzi la mano applicata alla regione sopra-pubica si poteva affondare senza potere avvertire nè l'utero nè un altro corpo. L'esame fatto col dito della vagina ci faceva avvertire come fossero alterati i rapporti degli organi intrapelvici. Scorrendo col dito dietro la sinfisi pubica si sentiva il collo dell'utero più molle del normale e con l' orificio trasversale, stiacciato contro la sinfisi stessa. Il fornice anteriore era molto raccorciato ed occupato dal collo uterino orizzontalmente diretto in avanti, dietro al quale a mala pena si poteva girare con la falange ungueale del dito esploratore. — Il fornice posteriore era del tutto scomparso anzi occupato insieme alla parete posteriore della vagina da una intumescenza che arrivava sin contro al piano perineale. Era levigata, liscia, della grossezza di un uovo, un po' più molle di un utero normale. Il Prof. Chiara, che per il primo l'esaminò, riconobbe tosto non aversi a che fare con un tumore, ma essere quel corpo l'utero retroflesso e retroverso; di maniera che in avanti veniva col collo a premere con-

tro la sinfisi, schiacciando l'uretra e difficultando tanto l'emissione dell'orina da rendere necessario il cateterismo; in addietro col corpo comprimeva il retto, producendo stipsi come sopra dicemmo. Il Prof. Tibone di Torino reduce da Roma il 22 ottobre visitò anche lui questa donna constatando il descritto spostamento.

La data recente, secondo che portava l'anamnesi, dello stabilirsi della retroversione, la mollezza del tessuto uterino, il non sentire nella pelvi alcun essudato o altro ostacolo meccanico che impedisse il ritorno dell'utero nella sua posizione, decisero il Prof. Chiara a tentare se l'utero spontaneamente si riducesse nella sua normale posizione. Dico spontaneamente per voler significare che non fu adoprato nessun mezzo locale diretto. Fu invece disposto il letto in modo che avesse una forte inclinazione dai piedi alla testa, rialzandolo ai piedi per circa 30 ctm. Si volle così scemare la pressione addominale, perchè l'utero fosse meno difficoltato nel riprendere la sua posizione; così pure si provvide a che l'alvo rimanesse sempre vuoto; il mezzo che più corrispondeva fu la somministrazione di clisteri con solfato di magnesia, e a quando a quando piccole dosi (15-20 grm.) di olio di ricino. Per mantenere vuota la vescica veniva praticato il cateterismo ogni 3 ore. Questa cura fu istituita il giorno 10. — Due giorni dopo, cioè il 12, venne, dolorosa sì ma assai meno delle precedenti, la mestruazione, che durò sino al 17; il sangue fu piuttosto abbondante ma di buona qualità. Il giorno 15 fu cessato il cateterismo, e da allora in poi la donna non ha più sofferto nell'orinare. La notte dal 26 al 27 fu cattivissima per la nostra ammalata, che non potè dormire per atroci dolori intrapelvici, come se (diceva) le strappassero i visceri. Riscontrata il giorno 27 si sentì il corpo dell'utero rimontato in alto; i fornici vaginali liberi, solo un poco dolorabili, specialmente il sinistro; quello anteriore raccorciato perchè vi si trovava tuttora il collo uterino, sempre in leggera flessione, ma mobile e spostabile.

La sera dello stesso giorno 27 s'iniziò un processo febbrile con intenso brivido della durata di un'ora. Questo dalle ore 3 alle 4 pom. Alle ore 5 T. 39,8°, P. 130, R. 28. Questo processo ebbe un decorso acuto, perchè finì la sera del giorno 31 ottobre durando così poco più di 4 giorni, oscillando la temperatura fra i 40° e i 39°. La stessa sera in cui avvenne l'ingruenza febbrile si cercò di abbassare la temperatura facendo un'iniezione ipo-

dermica di un gramma di antipirina. Non se ne ottenne alcun effetto. La sera dopo furono iniettati 2 grm., ma il resultato fu nullo; la T. continuò fra i 39° e i 40°. La sera del 31 ottobre alle ore 11 pom. il termometro segnò 37,3°. — D'allora in poi le condizioni della malata si fecero lodevolissime. Il giorno 8 novembre fu ridata al letto la posizione normale, il giorno 12 fu permesso all'ammalata di abbandonare il letto. Non ne risentì alcun dolore nè alcun inconveniente sia per parte dell' utero, sia del retto, sia della vescica. In quel giorno stesso comparve la mestruazione che fu sotto tutti gli aspetti normale e durò sino al 17. Visitata il 23 novembre, 45 giorni dopo la sua entrata in Clinica e constatato che l'utero era nella sua posizione naturale, sebbene il collo fosse lievemente retroflesso, la donna fu licenziata.

CASISTICA ESTERA

Prolasso uterino irreduttibile — Ablazione del corpo dell'utero con il laccio elastico — Guarigione. — Lettura del Dott. L. Thomas (di Tours) alla società di Chirurgia di Parigi nella seduta del 24 aprile 1884.

In questo fatto si tratta di una donna di 60 anni, domestica, forte e robusta, ch' ebbe una sola gravidanza normalmente e felicemente terminata, all' età di 30 anni. Poco tempo dopo il suo parto ella si accorse di un'ernia crurale a sinistra, e fece uso di un cinto erniario. Dopo due anni solamente ella è colpita dal prolasso uterino. L'uso di pessarii fu inefficace; l' utero cade ed appare alla vulva tutte le volte ch' ella fa uno sforzo violento, ma ne ottiene facilmente la riduzione collocandosi nel decubito dorsale.

Qualche giorno avanti l' ingresso nell' ospedale la matrice è uscita bruscamente in seguito ad uno sforzo e non ha potuto esser ridotta. L'ammalata ha continuato le sue occupazioni e non si è allettata che tre o quattro giorni fa perchè vinta dalle sofferenze.

Un grosso tumore piriforme si presenta alla vulva colla grossa estremità rivolta posteriormente che ricopre completamente il perineo.

La piccola estremità (diretta in alto nel decubito dorsale) corrisponde alla sinfisi del pube contro la quale è assai strettamente applicato e ricopre la parte superiore della vulva. Il grande asse misura 14 centimetri. La sua circonferenza vicino alla parte posteriore è di 25 centimetri.

Dove coincide il suo terzo anteriore con i due terzi posteriori il tumore presenta uno stringimento al di qua e al di là del quale offre un aspetto molto differente. La porzione anteriore è cilindrica a superficie rossa e sanguina facilmente; termina con un'estremità arrotondata, sul centro della quale si distingue un orificio trasversale, le cui labbra sono bagnate da liquido muco purulento. Per questi caratteri è facile riconoscere esser questo il collo dell'utero.

La grossa estremità del tumore che sta all'indietro del restringimento è posta davanti all' ano e al perineo, essa è piriforme e pallida in tutta la sua estensione.

La sua superficie è grigiastra, secca, come incartapecorita e in diversi punti presenta delle strie grigiastre dovute a sfacelo.

Se per l' orificio dell' estremità anteriore, orificio del collo, si introduce una sonda scanalata essa penetra per nove o dieci centimetri seguendo l' asse maggiore del tumore. L' istrumento si percepisce traverso la parete, lo spessore della quale può esser valutato di due centimetri.

Contornando il fondo del tumore con l' indice non si può penetrare in vagina il dito essendo arrestato al livello della commissura posteriore.

La parete vaginale posteriore è rovesciata all' esterno e si riflette per ricoprire il tumore in avanti.

Se si allontana l'estremità anteriore del tumore dall'arcata pubica si mette allo scoperto il meato orinario e si può introdurre il dito in vagina, ma vien fermato ad una profondità di tre centimetri. A questo punto la parete vaginale forma un cul di sacco e si ripiega sopra il tumore.

L' uretra è stata soggetta a tale deviazione che è diventato impossibile percorrerla con una sonda metallica, bisogna servirsi di una sonda elastica.

Coll'esplorazione rettale si riconosce che il retto ha conservato i suoi rapporti normali ed è completamente indipendente dal tumore. Si constata l'assenza dell'utero nella cavità pelvica. Tra un dito introdotto nel retto e un dito spinto nel cul di sacco anteriore della vagina si sente come un pacchetto di corde tese, che si dirige dall'interno del bacino verso il tumore. La diagnosi era quindi delle più chiare.

L' ammalata non accusa dolore che nella stazione eretta. Nella posizione supina non ha sofferenze. Niente febbre. Appetito buono.

La mizione e la defecazione si compiono bene. Sebbene la superficie anteriore presenti dei segni evidenti di sfacelo, supponendo trattarsi soltanto di una gangrena superficiale, mi decido a tentare la riduzione dell'utero.

L'ammalata viene anestetizzata. Ma al primo tentativo per spingere il fondo del tumore allo indietro per quanto la pressione fosse molto moderata pure si produce sulla faccia anteriore una lacerazione di diversi centimetri. Le labbra della soluzione di continuità, allontanandosi mettono allo scoperto una superficie violacea liscia, che lascia facilmente riconoscere esser l'utero. La parete posteriore della vagina s'è rotta in tutto il suo spessore; il dito introdotto in questo strappo contorna il fondo dell' utero e penetra in cavità addominale.

Essendo imposta la chiusura della cavità addominale, e l'esportazione della porzione dell' utero, che non poteva star più nel bacino ricorsi all'allacciatura elastica.

Un' ansa di cautciuc: fu impegnata al davanti della forchetta dietro al tumore, e i suoi capi riportati in avanti a livello delle inserzioni vaginali sopra il muso di tinca dividevano così obliquamente il corpo dell'utero rispettandone la parte anteriore, che era rivolta allo indietro.

I capi del tubo di cautciuc essendo stati fortemente tirati in avanti ed incrociati furono fissati con un filo di seta. Delle compresse fenicate furono applicate sul tumore e l' ammalata fu riportata nel letto. Il decorso fu semplice: nella stessa giornata ebbe qualche nausea provocata dal cloroformio, ma nessun dolore.

Il termometro non sorpassò i 38 gradi ed il polso non oltrepassò le 88 battute nei giorni successivi,

Tre giorni dopo l'applicazione della legatura lo sfacelo aveva invaso tutta la superficie del tumore, che era fattasi violacea. Giudicando insufficiente la costrizione si mette un nuovo tubo di gomma. Nei giorni successivi la porzione strangolata prende un colore nero e si essica. Si mette allora un nuovo tubo e dopo avere energicamente stretto colle forbici si escide la parte mortificata a un centimetro sotto la legatura.

L'indomani la riduzione del collo si fa spontaneamente. Il dito può penetrare per una lunghezza di tre o quattro centimetri nella vagina che si è riformata.

Iniezioni vaginali fenicate.

Si tolgono i tubi otto giorni dopo. Alcuni giorni dopo l'amma-

lata si alza; non prova nessun dolore, e può rendersi alle sue occupazioni.

La parte mortificata è costituita dal corpo dell' utero tagliato obliquamente dall' avanti all' indietro e ricoperto in parte dalla parete posteriore della vagina.

Da questo fatto però non si deve concludere che tutti i prolassi dell' utero devono essere trattati coll' esportazione del corpo uterino: ma questo metodo di cura può essere di gran soccorso in un certo numero di casi.

Trad. di E. B.

RASSEGNA

DELLE

PRINCIPALI COMUNICAZIONI

FATTE

AL CONGRESSO DI COPENAGHEN (1884)

(Sezione di Ostetricia e di Ginecologia)

Muller (Berna). Il taglio cesareo e le sue modificazioni. Due sopra tutto sono gli accidenti temibili nel taglio cesareo: l'emorragia e l'infezione. I progressi della chirurgia hanno portato vantaggi grandi anche al taglio cesareo; si è aggiunta l'amputazione utero-ovarica a complemento del taglio cesareo (operazione Porro); con trattamento addatto della ferita uterina si cerca di ovviare agli inconvenienti del taglio cesareo antico, conservatore. Questo dava una mortalità dell'80 % all'incirca; il metodo Porro dà una mortalità del 50 %. Presentemente non si possono dare cifre dimostrative relativamente al valore di ciascuno dei due metodi perchè il vecchio è praticato troppo di rado rispetto alla amputazione utero-ovarica.

G. Eustache (Lilla). Confronto fra il taglio cesareo classico e l'operazione Porro. — Al Congresso tenuto a Londra nel 1881 io aveva cercato di stabilire un confronto fra la cefalotrissia e il taglio cesareo, ed in vista dei successi dell'operazione Porro, aveva concluso in favore di quest'ultima; ora franca la spesa di mettere in confronto il taglio cesareo antico colla operazione Porro. Stando alla statistica, coll'amputazione utero-ovarica si sarebbe avuta una mortalità del 55,7 %; un terzo delle guarite anche molto tempo dopo l'operazione non conseguì la salute perfetta. A queste non si possono contrapporre cifre concludenti pel taglio cesareo classico, nè sarebbe razionale ricorrere alle statistiche anteriori al 1875, prima che fossero conosciuti i mezzi perfezionati di emostasi e di asepsi; ma frattanto non si può negare che

i successi del taglio cesareo antico vanno semprepiù moltiplicandosi. In Germania, in America, in Inghilterra i successi eguagliano i rovesci; dei 46 casi pubblicati nei giornali dopo il 1877, 24 furono seguiti da guarigione.

Per cui l'A. viene alle seguenti conclusioni:

1.° È al taglio cesareo classico che bisogna ricorrere ogniqualvolta v' ha l'indicazione di estrarre il feto per vie artificiali.

2.° Gli ostetrici debbono adoperarsi pel perfezionamento di questo atto operativo; l'asepsi e la sutura dell'utero sarà praticata generalmente, e si potrà ricorrere con vantaggio alla legatura momentanea del collo.

3.° L'operazione Porro sarà praticata eccezionalmente quando fosse riconosciuto troppo pericoloso il taglio cesareo classico.

Sanger. Raccomanda la sutura siero-sierosa nel taglio cesareo classico, e considera come inutile la resezione della musculare al disotto della sierosa quando le labbra della ferita si addattano bene. Egli però non esclude assolutamente l'operazione Porro, che ritiene come eccezionale, e di cui dà le seguenti indicazioni: 1° stenosi e atresia del collo e della vagina; 2° tumori della pelvi che restringono le vie genitali; 3° gravidanza in un corno rudimentario di utero bilobato; 4° osteomalacia; 5° taglio cesareo ripetuto. — Il Martin vi aggiunge una sesta indicazione: quando in seguito all' operazione cesarea la madre si può trovare esposta a gravi pericoli durante il puerperio.

Leopold. (Dresda). Ricorda tre casi operati col metodo Sanger, e seguiti da successo completo. Per l'avvenire egli si asterrà dalla resezione muscolare, e crede di poter chiudere sufficientemente la ferita uterina dal lato peritoneale colla sutura della sierosa stessa. Non nega che in casi speciali l'operazione Porro può trovare un' indicazione netta e franca.

Papillon (Lilla). Rileva un errore nella statistica di Eustache.

Lazarewitsch. Non accetta la resezione della muscolare, perchè dannosa ed esponente la ferita uterina a restare beante.

Leopold Meyer (Copenaghen). Si meraviglia pel silenzio serbato intorno alla laparo-elitrotomia, od operazione di Thomas, che molti operatori hanno trovato non difficile e seguita da esiti buoni.

Breisky (Praga). Le cifre sulle quali si fondano le statistiche sono troppo basse, ed i risultati più favorevoli ottenuti coll'operazione del Porro sono indiscutibili. A suo parere il taglio cesareo antico deve stare come eccezionale ed in questo caso accetta ben volontieri la modificazione proposta dal Sanger.

Muller. Pur affermando che la questione non può ancora essere risolta, si dichiara in favore dell'operazione Porro assai più semplice in confronto della modificazione Sanger.

Howitz (Copenaghen). Difficoltà diagnostiche determinate dall'ipertrofia del collo uterino.

Nell'ipertrofia della porzione sopra-vaginale l'orificio interno si trova talvolta portato al disopra dello stretto superiore, e il corpo si trova tutto nella cavità addominale. Se in tal caso il corpo dell'utero è ingrossato da un tumore o da gravidanza, la diagnosi può essere difficile. Il corpo dell'utero sembra più sviluppato del normale, relativamente all'epoca della gravidanza; è molto mobile: l'esistenza di fluttuazione può far pensare ad una cisti ovarica con lungo peduncolo. D'altra parte i battiti fetali si fanno percettibili molto più presto che di regola, e ciò per la situazione più elevata del feto. Il collo ipertrofico è duro, contrariamente a ciò che si ha nella gravidanza; la cavità del corpo è alquanto più grande che allo stato normale e si notano ad intervalli piccoli dolori da contrazioni uterine. All'esplorazione si sente una tumefazione rotonda, soprattutto attraverso il fornice posteriore, che facilmente può scambiarsi col fondo. L'autore cita tre casi di ipertrofia combinata colla gravidanza, nei quali la diagnosi è stata assai difficile.

Martin (Berlino). Propone di sostituire il nome di allungamento a quello di ipertrofia: ha osservato varii casi di difficile diagnosi, dovuta a poco esatta anamnesi, e sopratutto alla grande mobilità del corpo uterino e alla situazione elevata e stentatamente accessibile dell'estremità superiore del collo.

Priestley (Londra). Ha visto recentemente un caso in cui lo stato di gravidanza era oscurato anche dallo spessore delle pareti addominali straordinariamente ricche di adipe; il parto fu assai difficile ed artificiale (forcipe) per rigidità del collo. Egli si domanda se in siffatti casi non sarebbe conveniente l'amputazione del collo, particolarmente prima dell'insorgere della gravidanza.

Howitz. Ha osservato 12 casi: non si trova d'accordo col Martin nell'ammettere che le donne provino grandi disturbi, e nemmeno col Priestley: egli si è incontrato sempre in parti facili.

Kœberlé (Strasburgo). Cura dei fibromi uterini mediante laparotomia. — Date le indicazioni e le controindicazioni della laparotomia, fa un cenno del processo operatorio. Nei casi di tumori peduncolati fa la legatura del peduncolo e lo abbandona nel cavo peritoneale. I tumori piccoli, non peduncolati, si possono enucleare, e quindi si applicano punti di sutura sulla ferita uterina. Quando i tumori sono molto voluminosi, ma non si estendono al disotto dell'orificio interno, e non si sono sviluppati nel legamento largo, ordinariamente pratica l'amputazione sopra vaginale, fissando il peduncolo all'angolo inferiore della ferita addominale: se il tumore ha sede nel legamento largo, preferisce la castrazione. Afferma però che soventi questa è difficile e talvolta inutile, massime quando l'operazione è indicata da ostruzione intestinale.

G. Apostoli. Applicazione dell'elettricità nelle affezioni dello stomaco. Conclude che la corrente galvanica è di azione notevole nella patologia dell'apparato digerente; spera di poter estendere questa proposizione alla patologia della respirazione e della circolazione.

Nuova cura elettrica delle perimetriti.

L'elettricità, applicata metodicamente e convenientemente, può tornare utilissima, sia nel periodo acuto della perimetrite, per prevenire la suppurazione e calmare il dolore; sia nella forma cronica per attivare l'assorbimento. Si dovrà usare la corrente indotta o faradica, oppure la corrente continua o galvanica, a seconda dei casi. L'A. dà le indicazioni ed espone le regole per ciascuna forma.

Wiedow (Friburgo). La castrazione nella cura dei fibromi uterini. L'A. cerca di stabilire l'influenza della castrazione riguardo specialmente alle emorragie e alla diminuzione del tumore. Su 149 operazioni, si sono avute 17 morti; delle rimanenti si poterono raccogliere un anno dopo l'operazione notizie precise sopra 49, e cioè:

36 operate ottennero menopausa e diminuzione del tumore;
8 menopausa (mancano dati riguardo lo stato del tumore);
1 diminuzione del tumore (mancano dati per l'emorragia):
3 diminuzione del tumore, leggere emorragie regolari.
1 debole emorragia a tre mesi d'intervallo.

Commentati i casi l'A. conclude che nella cura dei fibromiomi la castrazione deve stare in prima linea.

Olshausen (Halle). Confuta le controindicazioni messe in campo da Koeberlé, cioè la fissazione del tumore nel piccolo bacino, l'ascite, le aderenze vascolari parietali, le quali non possono diagnosticarsi prima della laparotomia.

Spencer Wels (Londra) È d'accordo in questo con Olshausen: riguardo l'asepsi, consiglia l'irrigazione vaginale, e il tamponamento con garza al iodoformio; la seta per la sutura e la legatura elastica pel peduncolo, la quale permetterà di usare sempre il metodo intraperitoneale pel peduncolo stesso. Non applica più il drenaggio dopo il 1875. Non sa vedere perchè il Koeberlé non ammette la sutura peritoneale.

Hegar (Friburgo). Il trattamento del peduncolo è subordinato alle condizioni anatomiche speciali: il metodo intraperitoneale finora ha dato i migliori risultati. È d'accordo con Wiedow per quello che riguarda la castrazione o la miotomia.

Thomton (Londra). Come Sp. V. e Ol. trova che l'ascite è un'indicazione piuttosto chè una controindicazione dell'operazione. Le con-

troindicazioni che egli ammette sono: la malignità del tumore, le malattie concomitanti, come nefrite, ecc., l'eccessivo volume del tumore. È principalmente nei casi dove il tumore non oltrepassa il volume di un pugno, che la castrazione è indicata. L'enucleazione per la via della vagina non deve tentarsi quando il tumore non tende a liberarsi di là spontaneamente. Il trattamento intra-peritoneale del peduncolo ha dato finora i migliori risultati. Raccomanda la sutura peritoneale.

Martin (Berlino). Si deve fare l'esportazione del tumore non solo per migliorare immediatamente i sintomi, ma anche per impedire la gangrena e le degenerazioni possibili. Si deve procedere alla sutura completa della ferita addominale, e alla sutura sero-serosa del peduncolo. Applica il drenaggio attraverso la vagina per opporsi all'infezione.

Howitz (Copenaghen). Si eleva contro la pratica troppo comune della laparotomia; spesso l'emorragia è dipendente da alterazioni dell'endometrio, che si possono modificare col raschiamento.

Kaltenbach fa notare i danni consecutivi alla trombosi delle vene distese del bacino e delle coscie. Preferisce il metodo extraperitoneale; la legatura elastica porta facilmente la gangrena del punto dov'è applicata.

Sanger vanta il metodo intra-peritoneale e raccomanda di non stringere troppo la legatura elastica. Fra le conseguenze dei fibromi ricorda la dilatazione cardiaca, la quale in uno dei primi casi aveva cagionata la morte 12 ore dopo l'operazione.

Koeberlé. Le controindicazioni portate da lui non possono accettarsi in modo assoluto, è contrario all'applicazione del drenaggio.

Mikulicz. L'antisepsi nella laparotomia. — La tecnica dell'antisepsi ha dei punti tutti speciali nella laparotomia, dipendenti dalle speciali condizioni del peritoneo. Essa innanzi tutto dev'essere profilattica, e devesi evitare la formazione di prodotti di secrezione nel cavo addominale. L'acido fenico è l'antisettico più conveniente nella laparotomia.

Kustner (Jena) richiama l'attenzione sui bastoncini bromo-silicilati della fabbrica di Schering per la disinfezione delle cavità.

Olshausen non ammette la sutura delle pareti della cisti colla parete addominale, quando non è possibile l'estirpazione completa del tumore, e ciò perchè apporta lunga suppurazione; preferisce abbandonare i resti della cisti, attenendosi all'asepsi più rigorosa.

Lawson-Tait. Patologia e cura della gravidanza extra-uterina. — L'A. ricorda di avere pubblicati molti fatti tendenti a dimostrare l'indipendenza della mestruazione dalla ovulazione, e viceversa; ri-

pete l'opinione sua, che la fecondazione si fa normalmente nella cavità uterina e non nella tromba, dove le ciglia vibratili si oppongono al passaggio degli spermatozoi dall'utero alle trombe. La gravidanza tubarica è resa possibile dalla distruzione di queste ciglia. Vi sono due varietà di gravidanza extra-uterina; nell'una la tromba si rompe e la donna muore per emorragia; nell'altra, rottasi la tromba, l'uovo cade e si inserisce in un punto del cavo addominale, vi si sviluppa e arriva a termine, dando luogo alla vera gravidanza extra-uterina. Sembra che quando l'ovo si sviluppa in una tromba, la distenda tanto che verso la 12ª o 13ª settimana questa deve rompersi. Orbene, se la placenta è inserita sopra la tromba in un punto situato al difuori dei foglietti del legamento largo, la rottura deve farsi evidentemente dal lato della cavità addominale; se invece l'inserzione placentare si trova sul quarto della tromba compreso tra i foglietti del legamento largo, la rottura si farà nell'interno della cavità del legamento largo, e allora l'emorragia sarà limitata naturalmente. L'A. è assolutamente convinto che tutti i casi di gravidanza extra-uterina sono primitivamente gravidanze tubariche. Fatta la diagnosi l'operazione è necessaria, se la gravidanza è giunta al termine o presso al termine.

Il Dott. Reid non crede alla necessità dell'operazione indipendentemente dalla vita o dalla morte del feto, e cita un'osservazione sua in donna portante una gravidanza extra-uterina, che al terzo mese determinò una emorragia grave e peritonite. Ciò nonostante la donna guariva, e pochi mesi dopo, in seguito a gravidanza naturale, partoriva regolarmente.

Il Dott. Murphy combatte le idee di Lawson-Tait intorno alla mestruazione ed ovulazione; ammette che la gravidanza extra-uterina addominale può essere secondaria alla gravidanza tubarica, per rottura della tromba, ma crede che nella maggioranza dei casi è dovuta a fecondazione fattasi sull'ovaio o nel cavo addominale.

La gravidanza tubarica e l'addominale richiedono una cura diversa; nella prima si deve di necessità praticare l'operazione appena fatta la diagnosi; nella seconda aspettare il termine della gravidanza, ed allora soltanto estrarre il feto attraverso le pareti addominali, suturare queste colle pareti del sacco, ed aspettare il distacco naturale della placenta.

Il Dott. Ward Cousins crede che siano rari i casi in cui si può operare dopo la rottura della tromba, e quindi il bisogno di posare la diagnosi il più presto possibile.

Godson è convinto che nelle gravidanze extra-uterine la rottura della tromba sia più frequente di quello che si crede comunemente.

Halbertsma. Dell'albuminuria delle donne gravide — L'A. sviluppa la sua opinione, già da tempo espressa, che l'albuminuria delle donne gravide sia dovuta a compressione degli ureteri.

Ingerslev ammette volontieri quest'opinione, ma non sa capire come, se questo è vero, non sia più frequente l'eclamsia. La patogenia e l'eziologia della nefrite gravidica presentano ancora molti punti oscuri. L'andamento cronico che assume spesso la nefrite gravidica dopo il parto si accorda poco coll'idea di semplice compressione passeggera degli ureteri.

P. Bar (Parigi). Si eleva contro la tendenza di considerare sotto lo stesso punto di vista l'albuminuria e l'eclamsia: l'albuminuria può essere conseguenza di varie e diverse cause; sarebbe importante il poter stabilire le differenti modificazioni della sostanza albuminosa nell'urina.

Halbertsma. Risponde, confermando la sua opinione, e soggiunge che non vi ha stasi, ma anemia renale. L'obbiezione che tutte le gravide dovrebbero addivenire eclamtiche, non è giustificabile, e meno ancora lo è quella che la teoria sua sarebbe *troppo semplice: simplex veri sigillum.*

A. Martin (Berlino). Diagnosi e cura delle malattie della tromba. Gli autori trattano troppo brevemente le malattie delle trombe, la cui diagnosi è meno difficile di quanto si crede comunemente. Coll'esplorazione bimanuale si possono avvertire bene le trombe. La cura deve essere più medica che chirurgica. L'A. termina facendo qualche osservazione intorno alla gravidanza tubarica.

Kugelmann accenna alla frequenza della parametrite nelle malattie della tromba.

Kaltenbach. È facile la esplorazione delle trombe se si assoggetta la paziente alla narcosi cloroformica. Quando il sacco tubarico si distende, prende la forma di un tumore, di cui la parte esterna sporge nella cavità addominale, mentre la parte interna, compresa fra i foglietti del legamento largo, forma un ammasso di cisti, unite fra loro da tessuto legamentoso, e disposte a lato dell'utero. La diagnosi della piosalpingite sarebbe caratterizzata da forti coliche nella sede del tumore, che deve essere fornito di fibre muscolari.

Hegar. Ritiene importante l'esplorazione rettale; tra i sintomi, oltre le coliche, fa cenno ai disturbi nervosi marcati. Di rado queste affezioni guariscono completamente; l'ovaio vi partecipa soventi e bisogna esportarlo contemporaneamente. L'operazione è difficile e gli esiti non sono sempre completi.

Simpson. Accenna alle difficoltà diagnostiche e crede in qualche caso conveniente un'incisione esploratrice.

Martin, contrariamente all'opinione di Hegar, crede che la guarigione perfetta sia la regola.

Engelmann. Sulla periodicità dei sintomi nelle malattie uterine. — L'A. abita nelle regioni più paludose del Missisipi, dove la malaria esercita la sua influenza sopra tutte le malattie, e sulle nevralgie in particolar modo; e dove gran parte delle malattie richiedono l'uso della china. In malattie dell'apparato genitale ha osservato una speciale periodicità dei sintomi, durante il periodo menstruo, una speciale combinazione della mestruazione coll'intermittenza di detti sintomi, i quali non cedono coll'uso della china, ma scompaiono in seguito a cura e guarigione dell'apparato genitale. Questi sintomi sono: la febbre, dolori pelvici, nevralgie, scolo, e l'A. si domanda se non sono in rapporto coll'infezione palustre.

Kugelmann in una nevralgia uterina intermittente, terzana, ha ottenuto la guarigione colla somministrazione di un preparato di china.

Gordon, benchè abitante in luoghi sani, ha osservato di questi casi: li attribuisce a ciò che la evoluzione si fa non contemporaneamente che la mestruazione.

Hegar asserisce che tale periodicità di sintomi è frequente.

Engelmann dichiara di non essere stato compreso e dà qualche schiarimento: egli crede che si debbano attribuire quei sintomi ad una combinazione dell'influenza miasmatica e menstruale.

Statfeldt (Copenaghen). Dei metodi del secondamento. — In seguito ad una lunga serie di ricerche, stabilisce un confronto fra il metodo aspettante, il metodo di Credé e il metodo di Dublino, che consiste nel fare fregagioni sul fondo dell'utero, allo stesso modo che nel primo tempo del metodo di Credé. Il metodo aspettante, soprattutto fuori della Maternità, è pericoloso; quello di Credé richiede pratica ed intelligenza, per evitare la rottura e la ritenzione di parte delle membrane e della placenta, ed è per questo che il metodo di Dublino è eccellente.

Leopold. Non ammette il metodo aspettante: il metodo di Credé dev'essere praticato 15-20 minuti dopo la cacciata del feto.

Simpson. Ricorda le vicende dei vari metodi; l'uso male a proposito e male guidato domanda la reazione; così presentemente in Germania l'abuso e l'inopportunità di applicazione del metodo di Credé ha prodotto un po' di reazione.

P. Bar (Parigi). Il nuovo basiatribo di Tarnier. — Ne fa la descrizione. — Il basiotribo riunisce gli utili del cefalotribo e del cranioclasta.

Simpson fa osservare: 1° che facilmente si possono offendere le parti materne e portare collo strumento germi infettanti; 2° che la compressione in un senso aumenta i diametri nell'altro. Gli strumenti dell'avvenire sono quelli che agiranno nell'interno del cranio.

Muller trova che lo strumento manca del vantaggio principale del cranioclasta, perchè impedisce alla testa di allungarsi.

Jennings trova che esso è troppo massiccio.

Bar confuta le obbiezioni fattegli.

Lazarewitsch. Sugli spostamenti laterali congeniti dell' utero. — Frequenti e più a sinistra, quando sono dovuti a sviluppo incompleto di un legamento largo o della parete laterale della vagina, non sono modificati nè dalla presenza di tumori, nè da gravidanza. Tali spostamenti modificano lo spazio del Duglas e la posizione delle ovaia, e in modo diverso fanno sentire la loro influenza nel parto.

Leopold Meyer. Richiama l'attenzione sulla ineguale lunghezza congenita dei legamenti ovarici: l'ineguaglianza scompare negli adulti.

Menière (Parigi). Distruzione dei tumori uterini mediante l'elettropuntura. — È operazione semplice e innocua, quando la si pratichi non attraverso la vagina, ma attraverso l'addome. Traccia le indicazioni principali dell'operazione e il metodo da lui praticato, e seguito da ottimo successo in sei casi.

Branton-Hicks. Delle contrazioni intermittenti dell'utero come elemento di diagnosi della gravidanza e delle sue complicazioni. Ricorda la sua nota che ha dato argomento di discussione nell'ultimo Congresso, in seguito alla quale si concludeva che anche i tumori molli dell'utero possono contrarsi ad intervalli. L'A. riporta tre casi di gravidanza complicata con miomi uterini.

Ingerslev. La mortalità puerperale in Danimarca. — L'A. dà un prospetto statistico della mortalità in Copenaghen e nelle provincie della Danimarca nel periodo di 17 anni; e mostra che la mortalità nelle maternità, anche meno addatte per costruzione, non è maggiore che presso le famiglie, e questo in seguito alla applicazione dell'asepsi rigorosa.

Bonnaire (Parigi). Segnala i risultati ottenuti da Tarnier nella maternità di Parigi; non un caso di morte nell' ultimo semestre. Presenta il nuovo forcipe Tarnier e ne mostra i vantaggi. — Sorge un po' di discussione per parte di Lazarewitsch, Sanger e Simpson.

Cordes (Ginevra). Note cliniche sopra qualche medicamento uterino. Il solfato di china è un utero-motore; il viburnum prunifolium è un utero-sedativo.

Hegar. Della castrazione nella cura dei disturbi nervosi e spichici. Quando si tratta di nevrosi e di malattie dell'apparato genitale si deve posare la questione se quelle dipendono da queste; chè si ha

una grande tendenza ad attribuire le nevrosi alle alterazioni genitali. In qualche caso la castrazione può trovare l'indicazione razionale.

Koeberlé. Le indicazioni della castrazione in tali casi sono rarissime; domanda a Spencer-Wels se ha viste molte nevrosi coincidenti colle cisti ovariche.

Spencer-Wels dichiara che sono rarissime.

Martineau (Paris) crede che le nevrosi siano l'affezione primitiva, aggravate soltanto dalle malattie dei genitali.

Olshausen trova difficile lo stabilire l'indicazione della castrazione: di tre casi da lui operati, nessuno fu seguito da qualche giovamento.

Gusserow (Berlino) è dell'opinione di Spencer-Wels e di Olshausen.

Gordon. Ammette l'operazione solo quando l'ovaio è malato.

Priestley. Non ha mai trovato un caso dove fosse l'indicazione: preferisce la cura medica.

Engelmann. Non ammette l'operazione a meno di malattie dell'ovaio.

Hegar. Le nevrosi e le turbe psichiche non bastano ad indicare l'operazione; ma quando vi hanno alterazioni negli organi genitali crede utile la castrazione.

Martineau. L'adenolinfangite uterina è legata intimamente alle malattie uterine e periuterine: la metrite non è possibile senza compartecipazione del sistema linfatico uterino e periuterino; le adenolinfangiti periuterine segnano l'origine delle infiammazioni periuterine, come il flemmone del legamento largo, la perimetrite, il flemmone periuterino.

Kuowsley-Thorton (Londra). L'ovariotomia precoce. Si dichiara contrario alla puntura delle cisti, perchè inutile e dannosa: rifiuta pure l'incisione esploratrice. Bisogna praticare l'ovariotomia per tempo, appena cioè che il tumore si è portato al disopra del piccolo bacino e fattosi addominale, e appena che si può incidere la parete addominale di contro la parete cistica. Più presto si opera, più felici sono i risultati. Dà la relazione di 423 ovariotomie da lui praticate.

Howitz. Non esclude in modo assoluto la puntura; anzi in casi speciali può essere tentata come cura radicale. Non è nemmeno d'accordo sull'intervento troppo precoce nei cistomi ovarici; piccole cisti possono permettere la gravidanza.

Spencer-Wels. Fa la puntura raramente, quando si tratta di cisti

uniloculari o del legamento largo. Essa può tornare utile praticata qualche giorno prima dell'operazione.

Koeberlé. È contrario all'ovariotomia precoce.

Thorton. Fa osservare a Spencer-Wels che egli non ha parlato dei casi di morte immediata dopo la puntura, ma ha voluto accennare agli inconvenienti della puntura che complicano successivamente l'ovariotomia, divenuta indispensabile.

Sanger. Della resezione del peritoneo parietale. — Coll'estirpazione di grossi tumori della parete addominale talvolta si è costretti a portar via il peritoneo parietale per un tratto più o meno grande, e talvolta un tratto di tonaca muscolare, tanto che non si possono affrontare i margini della ferita ed avvicinare i bordi del peritoneo, e solo dalla pelle è chiusa la ferita, Esperimenti praticati su conigli hanno mostrato che non si riproduce l'epitelio peritoneale e che si stabiliscono rapidamente delle aderenze viscerali colla pelle.

Koeberlé. È poco fidente in tale processo operatorio.

Sanger. Non fa l'enucleazione, ma leva tumore e muscoli dopo applicati punti di sutura tutto attorno.

Gordon. Cura chirurgica dell'ipertrofia dell' utero e della vagina, e considerazioni sul loro spostamento.

La guarigione radicale degli spostamenti uterini è eccezionale; — quando si hanno lacerazioni del collo e del peritoneo è a queste che si deve provvedere innanzi tutto.

Engelmann. Asserisce d'aver ottenuto buoni risultati con questi procedimenti.

Werth. Cura chirurgica della gravidanza extra-uterina nei primi mesi. — Si può tentare di uccidere il feto e di estrarre il tumore con atto operativo, quando si crede di poter esportare il sacco fetale. Più tardi, a gravidanza inoltrata, con feto vivo, l'operazione è troppo pericolosa per la madre, conviene attendere la morte del feto e la soppressione della circolazione placentale. Quando non è possibile togliere tutto il sacco fetale, bisogna suturarne le pareti coi margini della ferita addominale. Il drenaggio vaginale e l'irrigazione permanente col tamponamento profilattico del sacco sono necessari solo quando il feto è morto da poco tempo e il distacco della placenta porta con sè pericoli di emorragia.

Koeberlé sta pure per l'operazione tardiva.

Muller è più riservato.

Olshausen cita nn caso di rottura della cisti avvenuta 14 giorni dopo la morte del feto.

Sanger dà un prospetto dei casi di gravidanza in un corno rudimentario dell'utero.

Werth è contrario all'intervento precoce e crede minori i pericoli dell'operazione tardiva.

Koeberlé. Nuovo metodo di perineorafia. — Incide largamente l'ano posteriormente per stabilire una via libera alle feci finchè la sutura vaginale sia solida; in seguito fa una sutura dello sfintere. Cauterizzazioni con percloruro di ferro.

O. Marcy. Propone un nuovo metodo di perineorafia, la cui descrizione esige la presenza di tavole e disegni.

Hegar. Ammette il metodo di Koeberlé, ma crede inutile le cauterizzazioni.

M. Trélat. Della perineorafia nelle lacerazioni complete del perineo. — Ricorda il metodo da lui praticato nei tredici primi casi a lui occorsi, metodo caratterizzato da questo, che la sutura profonda era fatta con filo metallico fissato a larghe placche di piombo ai lati: non ostante la tendenza di questi a produrre ulcerazioni quando venivano fortemente applicate, il processo ebbe buoni risultati. In tre ultimi casi ha seguito per la sutura profonda il metodo di Emmet, più semplice e più facile del suo. Quando fosse necessario suturare la forchetta e la mucosa vaginale, è al filo metallico sottile che crede conveniente ricorrere per la prima, e alla seta per la seconda. Non ha mai praticato incisioni liberatrici nè sui muscoli, nè sulla pelle, e crede occorrere questo eccezionalmente. Riassumendo, dà un prospetto ordinato del metodo da lui praticato.

Vincent (Lione). Cura della febbre puerperale coi bagni freddi. — I bagni freddi sono indicati in tutte le forme dei processi puerperali, fatta eccezione per la peritonite acuta, quando quelli sono accompagnati da notevole elevazione della temperatura. L'acqua del bagno deve avere temperatura di 18 ai 28 centigr., diminuendo gradatamente fino al minimo indicato, nei bagni successivi, che possono ripetersi anche ogni tre ore fino ad ottenere nella malata una discesa termica a 37-37,5. Quando i bagni ripetuti a 18°-20° centigradi non diminuiscono notevolmente la temperatura, nell'intervallo dei bagni si deve applicare una vescica di ghiaccio sul ventre, e durante il bagno somministrare alla malata bevande toniche ed alcooliche.

FASOLA.

RASSEGNA

Biblioteca degli Annali di Ostetricia

I.

Anatomia normale e patologica.

Contributo all'Anatomia dell'ovaio della donna gravida, per i Professori Bertè e A. Cuzzi — (Estratto dal giornale *La Rivista Clinica,* luglio 1884.

Pelvirachislogia, ossia alterazioni pelviche da cifosi, scoliosi, cifo-scoliosi e lordosi — studio anatomico-clinico-ostetrico del Dott. Ottaviano Manchionneshi, aiuto alla Clinica ostetrica di Pisa. — Torino, Roux e Favale, 1883.

Mentre stavamo correggendo le bozze di questa rassegna ci giunse da Edimburgo un magnifico atlante dal titolo; *Spinal deformity in relation to obstetrics*, by A. H. Freeland Barbour being a thesis for graduation in medicine at the university of Edimburgh, for which a gold medal was awarded in 1883. Ne faremo quello studio che si merita nel numero di gennaio p. v.

II.

Fisiologia ed igiene del parto.

Sulla allacciatura del funicolo ombelicale. — Una prima nota clinico-sperimentale del Dott. Rosario Pugliatti, professore pareggiato

nella R. Università di Napoli e incaricato di ostetricia e clinica ostetrica nella R. Università di Messina — Messina, Tip. Fratelli d'Angelo, 1884.

III.

Moccanica del parto.

Contributo allo studio del parto per la fronte — Nota del Dott. Cesare Belluzzi, ostetrico della Maternità di Bologna — Bologna, Tip. Gamberini e Parmeggiani, 1884.

IV.

Ostetricia operativa e strumenti.

Il cefalotribo de' fratelli Lollini. — Osservazioni cliniche del Dottor Giovanni Piccinini, sostituto negli Ospedali di Roma — Estratto dalla *Gazzetta Medica di Roma*, N. 1-2, 1884.

Compressione e trazione col forcipe Tarnier allo stretto superiore, pel Dott. Rosario Pugliatti, ecc. — Appendice al fascicolo 8 agosto 1884 del giornale di *Clinica e Terapia*, Camerino.

Nota preventiva sopra un nuovo metodo di applicazione di forcipe sulle natiche. — Lettera aperta al sig. prof. O. Morisani del Dott. Rosario Pugliatti, ecc. — Messina, Fratelli d'Angelo, 1884.

V.

Patologia ostetrica.

Dott. Gio. Batt. Marta. Il Galattocele — Osservazioni e studi — Venezia, Tip. Fontana, 1884.

Intorno a una cagione tutta speciale della inerzia uterina nel parto e dopo di esso. — Studio del Dott. Ermanno Pinzani (*Rivista Clinica*, 1884).

Inversione uterina post partum — Nota clinica del Dott. Ottaviano Marchionneschi.

VI.

Casistica ostetrico-ginecologica e di pediatria.

Storia di una istero-ovariotomia cesarea — Comunicazione fatta alla Società tra i cultori delle Scienze mediche in Siena, dal Prof. E. Falaschi.

Sulla guarigione spontanea di un cistoma dell'ovaia - Autopsia, del Dott. Antonino Curetta. — Napoli 1884, Tip. ed. Detken E.

Comunicazioni cliniche fatte alla Società tra i cultori delle scienze mediche in Siena dal Prof. A. Cantieri Professore di Clinica medica, 1884.

Su di un caso di spina bifida guarita con la legatura elastica e sui metodi di cura di tale infermità, del Dott. Antonino Curetta. — Messina 1884, Tip. Fratelli d'Angelo.

Un caso di cefalematoma doppio — Etiologia sopra saggio clinico-sperimentale con tavole litografiche del D.r Rosario Pugliatti, ecc., Messina, Fratelli d'Angelo, 1884.

Casuistica e annotazioni di Pediatria e malattie de' bambini pel Dottor R. Guaita, medico-pediatra in Milano (estratto dall'*Archivio di pat. infantile*, 1884).

VII.

Deontologia ostetrico-clinica.

Condotta che deve tenere l'ostetrico presso una incinta morta o per tale ritenuta. Lezione del D.r Ermanno Pinzani, ajuto clinico, ecc. — Bologna 1884.

VIII.

Statistica ostetrica (Rendiconti).

Ventidue casi di embriotomia raccolti dal Dott. Giovanni Inverardi, primo assistente nell'Istituto ostetrico di Torino diretto dal Prof. Cav. D. Tibone (*Gazz. delle Cliniche*, Vol. XX, 1884.

Istituto ostetrico-ginecologico della R. Università di Genova, 1883-84, accenni del Prof. F. Macari (estratto dallo *Spallanzani*, fascicolo IX, 1884).

R. Clinica ostetrica di Genova — Anno accademico 1883-84 — Resoconto sanitario del Dott. Antonio De-Ferrari assistente del Prof. F. Macari. — Genova, Tipi di Luigi Sambolino, 1884.

Rendiconto delle sale di ostetricia e di ginecologia dirette dal Dott. Giovanni Cosentino Professore pareggiato di ostetricia nella R. Università di Palermo e ginecologo primario dell'Ospedale civico, redatto dal Dott. Giuseppe Giglio — Palermo, Tip. dello Statuto, 1884.

Uno sguardo rapidissimo sulla Clinica ostetrica di Messina nel biennio scolastico 1882-83, 1883-84. — Alcune considerazioni e ricerche — Quattro lezioni di chiusura, pel Dott. Rosario Pugliatti, incaricato di ostetricia, ecc. — Messina, Fratelli d'Angelo, 1884.

Nota sulla 5ª centuria di ovariotomie in Italia. — Sulle operazioni affini e sulla ooforectomia, del Dott. Domenico Peruzzi. — Forlì, Tip. lit. democratica, 1884.

Questa non iscarsa messe di lavori mandati agli *Annali* venne raccolta quasi tutta nei mesi di settembre e ottobre e ciò dà ragione dell'apparente ritardo del presente cenno bibliografico.

1.° Contributo alla Anatomia dell'ovaio della donna gravida, per i Prof. F. Bertè e A. Cuzzi.

L'ovaio umano durante la gravidanza funziona? o, per essere più esatti avviene durante la gravidanza la maturazione e la deiscenza dei follicoli di Graaf? Gli è lo studio specialmente di questa questione, giustamente detta importante dagli autori predetti, che questi vollero fare giovandosi delle loro conoscenze della tecnica del microscopio e di ovaia ottenute da 2 donne operate di ovaro-isterectomia cesarea.

Come accade comunemente negli studi di biologia dov'è tanta complessità di fenomeni e sì difficile l'analisi, altre questioni, altri punti controversi si affacciarono loro e vennero a tener compagnia a quella

che s'eran posti per obbiettivo. Ed è così che furono condotti a occuparsi anche del concetto del Paladino sulla caducità del parenchima ovarico, e, questa ammessa, sul modo di rinnovamento di codesto parenchima. Ecco qui le conclusioni poste dagli autori per rendere più chiaro il lavoro.

1.° Durante la gravidanza se non si può negare un principio di maturazione e di sviluppo dei follicoli ovarici, questa maturazione e questo sviluppo non giungerebbero mai al punto da produrre la rottura dei follicoli stessi. Quindi non havvi ovulazione in gravidanza.

2.° Il numero dei follicoli di Graaf nelle ovaia di donne gravide è assai scarso, più scarso di quanto venne finora ammesso.

3.° Questa povertà di follicoli porterebbe ad appoggiare il concetto della caducità del parenchima ovarico in modo assai largo, come vuole il Paladino.

4.° La caducità del parenchima ovarico richiede necessariamente il suo rinnovamento. E la neoformazione sarebbe dovuta a proliferazione dell'epitelio di superficie dell'ovaio, da un accumulo di elementi epiteliali e formazione di cordoni epiteliali che si approfondano nella corteccia dell'ovaio: queste introflessioni epiteliali formano ammassi di grossi elementi cellulari: questi ammassi di *elementoni* vengono poi separati e divisi dalle fibre dello stroma ovarico che s'intromettono fra loro: gli *elementoni* isolati dallo stroma ovarico si convertono così in ovuli. Lo stroma attorno ad essi fornisce giovani cellule connettivali che formano la granulosa; la corteccia dell'ovaio avvicinante la granulosa si atteggia più tardi a *theca folliculi.* Confortano coteste conclusioni N. 4 figure riproducenti fedelmente la immagine microscopica.

Al lettore non isfuggirà certamente la importanza delle riferite conclusioni: quanto a me personalmente ho ragione di essere lieto della prima che ammette *un principio di maturazione e di sviluppo* dei follicoli ovarici. — Gli è che in una mia conferenza-rendiconto per l'anno 1877 del compartimento ostetrico dell'Ospizio esposti di Milano dissi a pag. 16 quanto segue:

« Il concetto teorico e aprioristico che la evoluzione dell'ovisacco « non si sospenda tosto dopo il concepimento, ma continui ancora « periodicamente ne' primi 3, 4, 5 mesi della gestazione, *se non fino* « *alla rottura*, per tanto almeno da indurre gli abituali fenomeni « riflessi, cotesto concetto aprioristico, dico, venne mostrato vero, di « una verità anatomica dalle necroscopie di donne morte in istato « puerperale. — Le ricerche dei signori Bertè e Cuzzi come il lettore può giudicare, non ismentiscono le mie parole » — Aggiun-

geva poi « Ritenuto cotesto importantissimo fatto pare a me indi-
« scutibile che nelle donne per le quali la maturazione dell'ovulo, lo
« *svolgimento* e la rottura dell' ovisacco è causa di turbe riflesse,
« queste debbano persistere per tutto quel tempo di gestazione nel
« quale la *evoluzione dell'ovisacco si spingerà tuttora al punto* da
« sovraeccitare il sistema nervoso. »

A pag. 14 del loro scritto i professori Bertè e Cuzzi scrivono:
« delle tappe successive per la rinnovazione de' follicoli noi non ab-
« biamo potuto constatare che una parte; nuove e più estese ricerche
« sarebbero necessarie per comprovare questa nostra ipotesi. » Gli
è quanto mi sono proposto di fare fin dal luglio u. s. giovandomi di
4 ovaia ottenute 2 da una donna morta 15 minuti dopo il parto per
dispnea e 2 con la ovaro-isterectomia cesarea eseguita circa 20 giorni
prima del termine della gravidanza e 2 in donna morta improvvisa-
mente prima del parto: qualche frutto spero di trarre ancora dall'e-
same di molte ovaia ottenute con la castrazione.

Pelvirachislogia, ecc. del Dott. Ottaviano Marchionneschi. Scrive
l'autore: « Intitolo questo studio *Pelvirachislogia* perchè si faccia a
« prima vista palese lo scopo che con esso mi sono proposto, qual' è
« quello di trattare della pelvi e della colonna vertebrale muliebri... »
e ne venne fuori un lavoro di lena assai voluminoso e notevole per
la minuta e diligente descrizione di 10 pelvi appartenenti al Museo
anatomo-patologico della R. Università di Pisa.... descrizione che può
dirsi un vero lavoro da benedettino. Interessante in modo particolare
è il capitolo dal titolo: « Note anatomo-patologiche d'un bacino cifo-
scoliotico coxalgico doppio »; bacino sifatto non ricordiamo aver ve-
duto in altre raccolte, nè descritto: l'autore riassume coteste note
anatomico-patologiche nel modo seguente: « Il bacino bi-ileo femo-
« rale cifo-scoliotico ha (secondo quanto osservai) le caratteristiche
« quasi totalmente a carico della lussazione, nelle deformazioni della
« parte sua anteriore e inferiore, e poi caratteristiche proprie alla
« lussazione e alla cifosi in un tempo, nella sua parte posteriore e
« inferiore, e presenta infine gli effetti morbosi della scoliosi nelle
« parti laterali ed interne fra loro poste a raffronto. »

Il piano del lavoro che dovette costare assai fatica all' autore si
trova esposto in un breve proemio.

Il cap. I è dedicato alla storia delle deviazioni della colonna in
generale e della loro influenza sul bacino (Intende la storia cronolo-
gica degli studi fatti con il nome dello studioso).

Il cap. II § 1 tratta le principali note anatomico-patologiche del bacino nella cifosi semplice — § 2 Descrizione anatomica — § 3 Illustrazione diagnostica del bacino ed etiologia del vizio spinale.

Nel cap. III § 1 sono le principali note del bacino nella scoliosi semplice — § 2 Descrizioni anatomiche — § 3 Illustrazione diagnostica ed etiologica del vizio spinale.

Il cap. IV tratta della scoliosi complicata da rachitismo. § 1. Principali note anatomico-patologiche del bacino nella scoliosi rachitica — § 2. Descrizioni anatomiche — § 3. Illustrazione diagnostica del bacino ed etiologica del vizio spinale.

Cap. V. Principali note anatomico-patologiche del bacino in cifosi complicate — *a*) C. complicata da scoliosi — 1. si accenna all'unione de' caratteri dell'una deviazione con quelli dell'altra — 2. Descrizioni anatomiche — 3. Illustrazione diagnostica del bacino ed etiologica del vizio spinale. — § 4. Principali note anatomiche-patologiche della cifo-scoliosi rachitica : — idem della cifo-scoliosi con lussazione coxo-femorale antica. — Id. del bacino nella cifosi complicata da osteomalacia — Descrizione anatomica — Illustrazione diagnostica del bacino ed etiologia del vizio spinale concomitante.

Cap. VI. Principali note anatomiche-patologiche del bacino nella ordosi semplice e complicata — Descrizione e illustrazione come sopra.

Cap. VII. Patogenesi.

Cap. VIII. Sintomi, diagnosi differenziale, andamento della gravìdanza e del parto. Profilassi: cura.

Quest'ultimo paragrafo è il più breve: delle 83 pagine poco più di una è consacrata alla terapia ostetrica; si mostra partitante della sinfisiotomia nei casi che non indicando assolutamente il taglio cesareo seguito dall'amputazione utero-ovarica, potessero mettere il pratico nella dura necessità della embriotomia su feto vivo e termina con la promessa (la quale spiega la brevità del paragrafo) « che di « ciò (terapia ostetrica) prenderà a dire più estesamente quando, al- « largate le basi di questo studio, formerà su queste fondamenta un « nuovo e più grande lavoro.... » e i lettori prendendo atto di cotesta promessa si tengano certi che l'A. la manterrà da par suo.

Sull'allacciatura del cordone ombelicale. — Una prima nota clinico-sperimentale di R. Pugliatti, ecc.

Alla nota di 7 pagine sono unite 3 tavole di osservazioni cliniche le quali lo portarono, come scrive l'A., a' seguenti appunti relativi alla questione del momento migliore per l'allacciatura del cordone ombelicale.

Allacciatura precoce: — 1. I neonati del peso medio di grm. 3010 perdono alle prime 13 ore dalla nascita, comparativamante a questa, 87 grm. — 2. La perdita del peso che può andare, in media, fino a 191 grm. nel 3° giorno dopo la nascita, persiste di 107 grm. nella proporzione di 68,75 % de' bambini al 10° giorno. — 3. Il guadagno nel peso, durante i primi 10 giorni, non oltrepassa i 51 grm. e comincia dal 6° giorno nella proporzione di 12,5 %; nel 7° poi siffatto accrescimento di peso verificasi in 25 %, andando fino a 31,25 % nel corso dell'8°, 9° e 10° giorno. — 4. La salute dei neonati se ne risente in 37,5 % (25 % itterizia).

Allacciatura intermedia. — 1. I neonati del peso medio di gr. 3091 perdono nelle prime 14 ore della nascita, comparativamente a questa 71 grammi. — 2° La perdita nel peso che può andare, in media, fino a 131 grm. nel 2° giorno dopo la nascita, e a 117 nel 3°, svanisce del tutto per subentrare l'accrescimento nel corso dell'8° giorno. — 3. Il guadagno nel peso durante i primi 10 giorni raggiunge i 197 grammi e comincia al 3° giorno nella proporzione di 14,28 %; nel quarto si verifica in 42,85 %; nel 5° in 57,14 %; nel 6° e 7° in 85,71 %; nell'8° si ha il 100 %; — 4. I neonati non apparvero esposti ad alcun danno, sia immediato che ulteriore.

Allacciatura tardiva. — 1. I neonati del peso medio di 3335 grm. perdono nelle prime 11 ore dalla nascita, comparativamente a questa; 81 grm. — 2. La perdita nel peso che può andare, in media, fino a 179 grm. nel 3° giorno dopo la nascita, persiste di 96 grm. nella proporzione di 42,25 % al 10° giorno. — 3. Il guadagno nel peso durante i primi 10 giorni giunge a 80 grm. e comincia al 6° giorno nella proporzione di 14,28 %; al 7° poi si verifica in 28,57 %; e nell'8°, 9° e 10° giorno in 57,14 %. — 4. La salute dei neonati se ne risente in 28,57 % (itterizia). Risulta da tanto (conchiude l'A.) che l'allacciatura intermedia ha molti vantaggi sulla tardiva e questa sulla precoce.

Contributo allo studio del parto per la fronte, del Dott. Cesare Belluzzi, ecc.

È una nota estratta dalla serie IV, Tomo VI delle Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna e letta nella sessione del 9 marzo 1884. La corredano 5 osservazioni cliniche di parto per il fronte, e una di parto per la faccia, non che una tavola con 4 figure rappresentanti la forma della testa nel feto appena nato:

La 1ª dà la forma assunta nella pres. del vertice in pos. occ. anteriore.

La 2ª in pres. del vertice in pos. occ. post.

La 3ª in pres. della fronte.

La 4ª in pres. della faccia.

Fu ottimo pensiero quello di riunire in un quadro coteste 4 figure; molto meglio dei lunghi ragionamenti si convince così il lettore spassionato che il parto per il fronte non è la stessa cosa che il parto in pos. occipito-posteriore permanente, come pare intenda il Tarnier per citare un nome autorevole.

Quanto al governo di questa fattispecie di parto l'A. si esprime come segue: « I fatti da me recati tendono a dimostrare la utilità « del pronto intervento. Sarà utile cercare di convertire la pre- « sentazione del fronte in quella della faccia nel primo periodo del « parto, come lo dimostra anche il Chiarleoni nel suo scritto, o ri- « correre al rivolgimento ed estrazione del feto se quella non riesce. « *A capo disceso nell' escavazione converrà tentarne ancora la corre- « zione nell' atto di applicare il forcipe*, come lo stesso Chiarleoni « consiglia. Col forcipe si potrà fors' anche condurre la fronte in « avanti, e non riuscendo sarà bene passare per tempo alla cranio- « tomia, mostrando la esperienza che il feto non sopravvive lunga- « mente, nel soprapparto di simile presentazione, e *per la grande « estensione del collo e per la forte pressione del dorso del feto sulla « regione occipitale.* » (Vedi la nota del Prof. Mangiagalli).

Il cefalotribo de' fratelli Lollini, ecc., del Dott. Giovanni Piccinini. Roma.

È, come si suol dire, una poderosa lancia spezzata in favore del cefalotribo fenestrato, quello conosciuto col nome di Lollini. L'acuta e stringente critica ch'egli fa de' due strumenti che si contendono il campo, cefalotribo e cranioclaste, critica che precede n. 7 osservazioni cliniche e queste ultime, portano l'autore alle due serie di conclusioni che seguono.

Le osservazioni cliniche riferite provano:

1.° Che la cefalotrissia permette senza grande difficoltà e pericolo la uscita della testa quando la C. V. sia al disotto di 66 mm. obliquando e fratturando la base il più delle volte contemporaneamente.

2.° Che al disopra di questo limite il cranioclaste non sempre riesce, e quando ciò accade l'unico mezzo per liberare la donna è la cefalotrissia.

3.° Che le accuse mosse a questa operazione sono esagerate, quando si eseguisca con il cefalotribo Lollini con il quale il più delle volte si può anche eseguire la estrazione.

Perciò resterebbe dimostrato che:

1.° La cefalotrissia ha indicazioni proprie e la sua applicazione pratica entro determinati confini;

2.° Che anche oltre il suo limite superiore talvolta si deve ad essa ricorrere a complemento della cranioclastia.

3.° Che dovendola eseguire il migliore istrumento che abbiamo è il cefalotribo Lollini.

4.° Che il chirurgo isolato, in casi di ristrettezze pelviche gravi con questo cefalotribo soltanto e tutt'al più una pinza da estrazione può liberare la donna.

Compressione e trazione col forcipe Tarnier, ecc. — Rosario Pugliatti.

Questo lavoro, a confessione dell'A. medesimo, sarebbe dovuto a due ragioni importanti; la 1ª e precipua in una specie d'impegno assunto nel 1882; la 2ª il desiderio di rispondere a una specie d'invito fattogli dal Prof. Cuzzi sotto forma di appunti critici. La memoria è divisa in 3 capitoli: nel 1° destinato a poche notizie istoriche si cerca far rilevare: *a*) I bisogni che i nostri predecessori ebbero del forcipe e quale sia stato il primo; *b*) I lavori di coloro che trattarono la riducibilità della testa fetale; *c*) La questione della trazione nell'asse fino al forcipe Tarnier.

Nel 2° si studia con il forcipe accennato, dandogli una speciale disposizione, la compressione e riduzione della testa fetale.

Nel 3° si fa un esame comparativo tra il forcipe Tarnier e quello classico per ciò che riflette la forza traente. — L'A. mostra un'altra volta in questo lavoro il suo speciale talento meccanico nel disporre

e condurre le esperienze: da quelle fatte conoscère finora (ciò diciamo perchè il lavoro non venne ancora tutto pubblicato) l'A. si crede autorizzato alle seguenti conclusioni:

1.° A testa fetale libera allo stretto superiore la compressione con il forcipe Tarnier (Kil. 6 $^1/_2$ a 15) de' diametri occipito-frontale e biparietale anatomico causa una riduzione degli stessi di 3 a 6 mm. L'aumento compensatore, più considerevole ne' diametri opposti al compromesso, e fino a 5 mm. non va al di là di due mm. ne' diametri verticali.

2.° Comprimendo con il forcipe Tarnier per Kil. 2 $^1/_2$ a 8 il diametro occ. frontale ed obbligando nel contempo a mezzo di trazioni, la testa a superare in parte una pelvi ristretta in senso antero-posteriore, i diametri verticale e massimo subiscono un aumento compensatore notevole, che può andare ne' primi fino a 6 mm. e nell'altro fino a 9 mm.

3.° La compressione con il forcipe Tarnier sul diametro occipito frontale impedisce ragguardevolmente la riducibilità del biparietale ostetrico, allorchè tentasi d'impegnare la testa attraverso una stenosi pelvica in direzione della coniugata vera. Siffatta riducibilità, attendibile solo entro i 5 mm. necessita pel buon effetto, scarsa compressione da parte del forcipe e non poca forza da canto dell' operatore.

4.° La vite di pressione del forcipe Tarnier rende assai vantaggioso lo strumento stesso: *a*) perchè con essa l'ostetrico, stringendo anco *a tutta potenza*, raramente può comprimere la testa con forza oltre Kilogr. 15 e riuscire quindi di nocumento al feto; *b)* perchè mette l'operatore in grado di poter regolare la pressione in parola; *c*) perchè non ispiegando le cucchiaia una compressione energica sulla testa, la riduzione dei diametri compressi limitasi a pochi millimetri, e l'aumento compensatore segue meno sfavorevole.

5.° Il forcipe classico manca di norme sicure, essendo le notate ricche d'intuiti e difficoltà per riuscire egualmente proficuo.

6.° Il limite utile del forcipe Tarnier, nelle stenosi pelviche in senso ant.-post. arrestasi a mm. 82. Una C. V. al disotto di tale cifra se autorizza, vivo il feto, un dolce tentativo, vieta ogni manovra brusca, ripetuta e forzata.

(*Continua*) Prof. D. Chiara.

NOTIZIE

Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria. — Terminando col 31 dicembre 1884 la convenzione che legava i soci collaboratori degli *Annali* dovendosi per tempo provvedere al futuro destino del giornale, furono nel mese di ottobre u. s. mandati degli inviti di adesione a far parte della collaborazione per il triennio 1885-86-87, con preghiera agli aderenti di volere determinare quale dovesse essere il nuovo direttore del giornale.

Risultò eletto ad unanimità il Cav. Prof. Domenico Chiara e la collaborazione resulta composta dei signori:

Prof. C. Belluzzi (Bologna)
Prof. L. Cazzani (Cagliari)
Prof. G. Chiarleoni (Vercelli)
Prof. Chiara (Firenze)
Prof. G. Corradi (Firenze)
Dott. G. Cosentino (lib. doc.) (Palermo)
Prof. E. F. Fabbri (Modena)
Dott. E. Fasola (lib. doc.) (Firenze)
Dott. G. Kirch (Firenze)
Prof. C. Liebmann (Trieste)
Prof. L. Mangiagalli (Catania)
Dott. O. Marchionneschi (Pisa)
Dott. A. Martinetti (Firenze)
Prof. Morisani (Napoli)
Prof. P. Negri (Messina)
Prof. E. Pasquali (Roma)
Prof. P. Pellizzari (Firenze)
Dott. Rosario Pugliatti (Messina)
Dott. G. Scarlini (Siena)
Prof. G. Valtorta (Venezia)
Dott. M. Vercelli (Saluggia)
Prof. E. Welponer (Trieste)

Società Italiana di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria. — Il signor Prof. Pietro Pellizzari, non potendo per ragioni private, occuparsi dell'ufficio di cassiere, tale incarico venne provvisoriamente affidato al Dott. Giulio Kirch, Segretario della Redazione degli *Annali*. Intanto presenta il bilancio dell'anno 1884:

ENTRATA

Per N. 72 quote di associazione a L. 8 — L 576

Uscita.

Per spese come verranno specificate nella futura adunanza della Società	L. 135
Restano in cassa	» 441

I soci essendo 81 ne restano morosi 9 e facciamo preghiera perchè vogliano al più presto soddisfare al pagamento della quota al Dott. Kirch Giulio, Via degli Alfani, 62, Firenze.

La R. Scuola pareggiata d'Ostetricia nell' Istituto ostetrico provinciale di Vercelli ha instituito dal giorno 1⁰ gennaio 1885 in avanti un servizio ostetrico, intieramente gratuito, a domicilio per le incinte povere residenti entro la linea daziaria della città, le quali potranno, a richiesta, essere assistite nell' ultimo periodo della gravidanza, nel parto e nel puerperio. Il servizio ostetrico gratuito suddetto viene fatto dal personale della Scuola d' ostetricia presso l' ospedale, sotto l'immediata sorveglianza del Professore Direttore di essa.

Nel mentre facciamo i nostri elogi per questa nuova istituzione, facciamo pure voti che essa si diffonda in altre città.

Siamo lieti d'annunziare che in Parigi è stata fondata una Società di ostetricia e di ginecologia. Il Comitato direttivo è stato così costituito: Presidente sig. Pajot; primo vice-presidente sig. Alfonso Guérin; secondo vice-presidente signor Gallard; segretario-generale sig. Charpentier; segretario annuo signor Auvard; tesoriere signor Pozzi.

Leggendo il resoconto degli stranieri inscritti ai corsi di medicina e chirurgia della Facoltà di Parigi, abbiamo constatato con piacere che oltre alla mancanza assoluta di tedeschi, anche nessun italiano comparisce inscritto ai corsi ordinari; prova questa che gli studiosi italiani hanno fiducia negli insegnamenti delle nostre scuole, insegnamenti professati con scienza e cura al certo non inferiori di quanto si professa al di là dell'Alpi.

Prof. Dott. Domenico Chiara Direttore-gerente responsabile.

X.XVIII
h